

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Konsultacje szpitalne: laryngologiczne, okulistyczne,

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

.....

.....

.....

(pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Przedmiot zamówienia		Cena brutto za 1 konsultację
Konsultacja szpitalna laryngologiczna:	w oddziale szpitalnym lub ZOL-u	
	w gabinecie Świadczeniodawcy	
Konsultacja szpitalna okulistyczna:	w oddziale szpitalnym lub ZOL-u	
	w gabinecie Świadczeniodawcy	

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Istotnych Warunkach Umowy.

....., dnia

.....
*podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Świadczeniodawcy*