

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

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

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej w poradni chirurgicznej
Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

.....
.....
.....

(pieczęć Świadczeniodawcy)

Numer telefonu:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Przedmiot zamówienia	Ryczałt miesięczny brutto
Opieka lekarska w Poradni Chirurgicznej	

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)*