

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej
w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice
NIP: 1990080635

II. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa

Siedziba:

REGON

NIP:

Telefon:

e-mail:

III. OFERTA CENOWA

Oświadczam, iż oferuję poniższą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

1. udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. **zł brutto**
(słownie:) za 1 punkt.

IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Istotnych Warunkach Umowy – załącznik nr 2.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Oferenta)