

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 pielęgniarskiej na oddziałach Szpitalnych oraz Zakładu
Opiekuńczo - Leczniczego Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Oferenta:

.....

.....

Numer telefonu.....

(pieczęć Oferenta)

**Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za zł brutto
(słownie:) za 1 godzinę pracy.**

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
W razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych
w Istotnych Warunkach Umowy.

....., dnia
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęcie osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta