

.....  
(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa  
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 opieki pielęgniarstwa w  
Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. za ..... zł/h brutto (słownie:  
.....)

**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 Projekcie umowy – załącznik nr 2,

.....  
(miejscowość i data)

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