

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

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

Nazwa przedmiotu zamówienia:

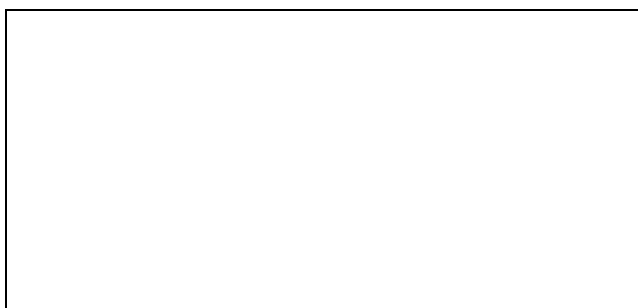
Pełnienie funkcji Kierownika Działu Anestezjologii.

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Oferenta:

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



pieczęć Oferenta

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

za stałe zryczałtowane wynagrodzenie miesięczne za cenę brutto PLN.
słownie:

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 określonych
w Istotnych Warunkach Umowy, stanowiących załącznik nr 3 do Warunków Szczegółowych.

....., dnia
miejscowość i data

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