

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

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

Nazwa przedmiotu zamówienia:

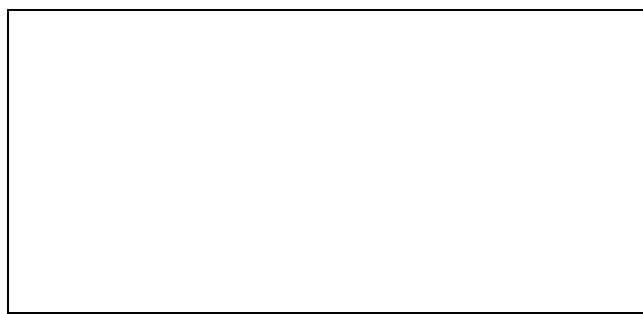
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów otolaryngologicznych na rzecz pacjentów Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Oferenta:

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



P

pieczęć Oferenta

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za :

1. % wartości udzielanych świadczeń, ustalonych w oparciu o cennik zabiegów otolaryngologicznych.

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 data

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