

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań
histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego

Dane Wykonawcy

Nazwa/Imię, nazwisko:

.....
.....

Adres:

.....
.....

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru:

.....

REGON..... NIP.....

Osoba upoważniona do kontaktu:

.....

Telefon, faks, e-mail:

.....

Przedmiotem oferty jest:

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego, według cen jednostkowych określonych w Załączniku nr 1 do oferty

1. Wartość udzielonych świadczeń, według szacunkowych ilości podanych przez Zamawiającego, wyniesie rocznie zł brutto,
2. słownie:
zgodnie z zestawieniem stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej oferty.
3. Odległość od miejsca wykonywania przez Oferenta świadczeń (zgodnie z przedmiotem oferty) do miejsca siedziby Zamawiającego wynosi km.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć Wykonawcy