DSP-4/2023

ZAŁĄCZNIK NR 1– FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego ul. Borowska 213 składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywania badań do przeszczepów na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie.

- **DANE O OFERENCIE** (nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego

.....

.....

- **Numer NIP** .....
- **Numer REGON** .....
- **Numer KRS** (jeśli dotyczy) .....
- **Numer wpisu CEIDG** .....
- **Numer wpisu do ewidencji KIDL**.....
- **Numer telefonu z nr kierunkowym** .....
- **Numer fax** .....
- **Adres e-mail** ……..…….....……
- **Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów leczniczych**

.....

PAKIET nr 1 (……) - udzielenie świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego Zamówienia na wykonywania **badań …….**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia …….....….. zł brutto.

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/uprawnionych