FORMULARZ OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D A N E O F E R E NTA | | | | |
| OFERENTNazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestracyjnym | |  | | |
| Forma Organizacyjna | |  | | |
| **Adres do korespondencji:**  **Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer** | |  | | |
| **Numer telefonu:** | | | **Fax:** | **e-mail:** |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  | | | |
| **Numer NIP** |  | | | |

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

*Data i podpis Oferenta*

**ZAŁĄCZNIK OFERTOWY**

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE

KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH:

OKULISTYCZNYCH

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

Elementy należności za realizację zamówienia:

1. Proponowana stawka stałego wynagrodzenia - …………………………. za 1 miesiąc

Proponowany czas trwania umowy...................................................

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

Data i podpis Oferenta