FORMULARZ OFERTOWY

NA

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Z ZAKRESU

**WYKONYWANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DLA PACJENTÓW**  **WIELKOPOLSKIEGO CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D A N E O F E R E NTA | | |
| OFERENT*Nazwa oferenta zgodnie* *z dokumentem rejestracyjnym* |  | |
| Osoba/yUprawniona/e do reprezentowania |  | |
| **Adres siedziby firmy:**  Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer |  | |
| **Telefon:**  **e-mail:** | | |
| **Wpis do właściwego rejestru** | | |
| Organ dokonujący wpisu  Nr |  | |
| Organ dokonujący wpisu  Nr |  | |
| **NIP** | | **REGON** |

**Oferujemy wykonanie zamówienia za następującą cenę:**

**Pakiet nr …………..**

NETTO: ………………………………………..

BRUTTO:………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że w przypadku zawarcia ze mną umowy, w wyniku niniejszego konkursu, świadczenia zdrowotne udzielać będę na warunkach i zasadach określonych w specyfikacji zamówienia i we wzorze umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z warunkami umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego(-ną) niniejszą ofertą na czas wskazany w warunkach szczegółowych konkursu.
5. Oświadczam, że dane przedstawione w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia oraz uzyskałem(-łam) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

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

Data i podpis Oferenta