

.....

pieczęć oferenta

OFERTA

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W

.....

1. Imię i nazwisko Oferenta
2. Adres Oferenta
.....
.....
3. Firma Oferenta.....
4. NIP
5. REGON
6. Nr wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych
praktyk lekarskich
7. Nr prawa wykonywania zawodu
8. Kwalifikacje (specjalność)

(podpis i pieczęć Oferenta)

OFERTA

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W

.....

WYSZCZEGÓLNIENIE	CENA JEDNOSTKOWA W ZŁ
STAWKA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ	
STAWKA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ	

2. PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY : od 01.04.2019 r. do 31.12.2019 r.

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.*

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)