Załącznik nr 1

Do szczegółowych warunków konkursu ofert

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia konkursu ofert na wykonanie świadczeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu z siedziba przy ul. Kamieńskiego 73a we Wrocławiu składam niniejszą ofertę:

NAZWA OFERNETA (zgodnie z właściwym rejestrem):

……

……

ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI:

……

……

TELEFON KONTAKTOWY:

……

NIP:

……

REEGON:

……

NR WPSIU DO WŁAŚCIWEGO REJESTRU I OZNACZENIE ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU:

……..

Oferent posiada obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i przedkłada kopię polisy OC / Oferent zobowiązuje się do zawarcia ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy *

(*niepotrzebne skreślić)

Zakres oferowanych świadczeń:

……

……

……

Proponowania kwota za realizację zamówienia:

……..

Płatność za wykonane usług dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe (proszę wpisać nazwę banku i nr konta):

……

……..

…….

Data i podpis oferenta

Lub osoby upoważnionej