

.....
data sporządzenia dd/mm/rrrr

FORMULARZ CENOWY

w sprawie umowy na usługi medyczne w zakresie konsultacji pulmonologicznych

1. Dane Oferenta

- 1.1.
/nazwa, siedziba/
- 1.2. NIP
- 1.3. REGON
- 1.4. Organ rejestrowy i nr wpisu do KRS bądź ewidencji działalności gospodarczej oraz nr Księgi Rejestrowej Wojewody
- 1.5. Posiadam / nie posiadam*umowy z NFZ nr:
- 1.6. Adres e-mail
- 1.7. Telefon, fax
2. Niniejszym składam ofertę na świadczenie usług medycznych w zakresie konsultacji pulmonologicznych dla pacjentów Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o. w terminie od do
3. Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z zaproszeniem i nie zgłaszam do niego żadnych zastrzeżeń.
4. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń -
5. Cena za 1 konsultację pulmonologiczną

.....
pieczętka i czytelny podpis Oferenta lub osoby
upoważnionej
do reprezentacji Oferenta
Oferenta

*niepotrzebne skreślić