

.....
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