

Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu
Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Muszynie**

1. Imię nazwisko:
2. Adres Praktyki:
3. NIP REGON TEL.
4. Nr Rachunku Bankowego:
5. Kwalifikacje zawodowe
6. Dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia
7. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych – załączam do oferty.
8. **Przedmiot zamówienia.**

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania prac protetycznych dla SPZPOZ w Muszynie.

9. Oferuje wykonanie przedmiotu zamówienia

a) za łączną kwotę:

cena netto: zł

podatek VAT: zł

cenę brutto: zł

słownie brutto: zł

lub

b) za kwotę zgodnie z załącznikiem do oferty.

.....
data i podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli