
(pieczęć firmowa oferenta)

OFERTA

Dane Zleceniodawcy:

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim

ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski

NIP 647-21-80-171, REGON 000297690, KRS 0000033408

tel. 32-45 37 110, 32-45 37 101, tel./fax 32-45 55 325

Dane Oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru

Numer NIP

Numer REGON

Zobowiązania oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i treścią dokumentacji konkursowej, akceptuję warunki w niej zawarte oraz posiadam niezbędne warunki dla prawidłowego wykonywania przedmiotowych świadczeń, a w szczególności zaplecze techniczno-organizacyjne oraz wykwalifikowaną kadrę.

Oferuję realizację przedmiotu konkursu w:

.....

(należy wpisać adres miejsca wykonywania świadczeń)

za cenę – zgodnie z Załącznikiem Nr 2 – Formularz cenowy

(imię i nazwisko)
podpis osoby upoważnionej