

\_\_\_\_\_  
(pieczęć firmowa oferenta)

**OFERTA – KO nr 5**

**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