

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU CAŁODOBOWEJ OPIEKI**  
**MEDYCZNEJ PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO**

**Dane dotyczące Oferenta**

.....

.....  
(Pełna Nazwa Oferenta)

.....

.....  
(Adres Oferenta)

Nr telefonu kontaktowego: .....

PESEL: .....

REGON: .....

NIP: .....

Adres e-mail: .....

posiadającym tytuł **RATOWNIKA MEDYCZNEGO** i posiadającym zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).

.....  
*Podpis Oferenta*

---

**Dane dotyczące udzielającego Zamówienie**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Nr 1  
(Pełna Nazwa Udzielającego Zamówienie)

41-902 Bytom, ul. Żeromskiego 7  
(Adres)

NIP: 6260340173; REGON: 270235840

KRS: 0000079907; Tel.: + 48 32 396 32 00; Fax: + 48 32 396 32 51