

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI**  
**SPECJALISTYCZNEJ W PORADNI REUMATOLOGICZNEJ**  
**w SP ZOZ Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu**

**Dane dotyczące Oferenta:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Pełna Nazwa Oferenta)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adres Oferenta)

PESEL \_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_

Nr telefonu kontaktowego \_\_\_\_\_

Adres w-mail \_\_\_\_\_

będącym specjalistą w dziedzinie \_\_\_\_\_

posiadającym prawo wykonywania zawodu Nr \_\_\_\_\_

posiadającym zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  
Nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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