

FORMULARZ OFERTOWY
NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU CAŁODOBOWEJ OPIEKI
MEDYCZNEJ PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO WRAZ Z ZABEZPIECZENIEM
TRANSPORTU PACJENTÓW SZPITALA NIEWYMAGAJĄCYCH INTENSYWNEGO NADZORU
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

