

FORMULARZ OFERTOWY

KONKURS OFERT

na wykonywanie świadczeń z zakresu:

- Transport, odbiór, przechowywanie i wydawanie zwłok pacjentów zmarłych
- Wykonywanie sekcji zwłok (autopsji) przez lekarza specjalistę patomorfologa

Oferta na pakiet: (wpisać numer pakietu)	
Nazwa wykonawcy:	
Siedziba wykonawcy:	
Adres poczty elektronicznej:	
Strona internetowa:	
Numer telefonu:	
Numer REGON:	
Numer NIP:	
Numer KRS:	
Numer konta bankowego:	
Osoba wyznaczona do kontaktów:	
Numer telefonu do kontaktu:	

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



W przypadku złożenia oferty z podwykonawstwem:

Oferta podwykonawcy na pakiet: (wpisać numer pakietu)	
Nazwa podwykonawcy:	
Siedziba podwykonawcy:	
Adres poczty elektronicznej:	
Strona internetowa:	
Numer telefonu:	
Numer REGON:	
Numer NIP:	
Numer KRS:	

Podpis Oferenta

Dane dotyczące udzielającego Zamówienie

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

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

NIP: 6260340173; REGON: 270235840
KRS: 0000079907; Tel.: + 48 32 396 32 00; Fax: + 48 32 396 32 51

