

**FORMULARZ OFERTOWY  
NA WYKONYWANIE PRZEZ LEKARZA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W DZIALE ANESTEZJOLOGII**

**Dane dotyczące Oferenta:**

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

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

PESEL \_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_

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

Adres e-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  
41-902 Bytom, ul. Żeromskiego 7**

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

*facioid*