

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ**  
**OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ W PORADNI HEMATOLOGICZNEJ**  
**ORAZ W ODDZIALE HEMATOLOGII**

**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**  
(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**



