

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

**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

