

**FORMULARZ  
OFERTOWO – CENOWY**

**na udzielanie zamówienia na wykonanie świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń szpitalnych  
(tzw. dyżury lekarskie) w Oddziale Neurologii**

**w Szpitalu Specjalistycznym nr 1 w Bytomiu**

**Dane dotyczące Oferenta:**

Pełna nazwa Oferenta:

.....  
.....

Adres Oferenta:

.....  
.....

Adres do korespondencji:

.....  
.....

NIP: .....

REGON: .....

Nr telefonu: .....

Nr fax: .....

Adres e-mail: .....

**Dane dotyczące Udzielającego Zamówienie:**

**Szpital Specjalistyczny nr 1  
ul. Żeromskiego 7, 41-902 BYTOM**

**NIP: 626-034-01-73**

**REGON: 270235840**

**KRS: 0000079907**

**Tel.: 32/396 – 32 - 00**

**Fax: 32/396 – 32 – 51**