

FORMULARZ OFERTOWY

**NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU
CAŁODOBOWEJ PIEŁĘGNIARSKIEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
W CENTRALNYM BLOKU OPERACYJNYM**

L. p.	DANE KONKURSOWE	DANE OFERENTA
1	Pełna nazwa oferenta	
2	Adres siedziby działalności oferenta	
3	Telefon kontaktowy	
4	PESEL	
5	Numer prawa wykonywania zawodu	
6	Działalność prowadzona na podstawie wpisu do RPWDL/ numer wpisu rejestru	

.....
(Miejscowość; data).....
(Podpis Oferenta)