

## **FORMULARZ OFERTOWY**

**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji psychiatrycznych**

<b>Lp.</b>	<b>DANE KONKURSOWE</b>	<b>DANE OFERENTA</b>
<b>1</b>	<b>Nazwa Oferenta</b>	
<b>2</b>	<b>Kod pocztowy; Miejscowość</b>	
<b>3</b>	<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>4</b>	<b>PESEL</b>	
<b>5</b>	<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>	
<b>6</b>	<b>Działalność prowadzona na podstawie wpisu do .... / numer.....</b>	

.....  
Miejscowość; data

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)