

FORMULARZ OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

w zakresie ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni reumatologicznej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie programów zdrowotnych (lekowych).

kod.....miejscowość.....

ulica.....nr.....

województwo miejscowość.....

NIP REGON

Telefon Fax

Działalność prowadzona na podstawie wpisu do.....

.....

.....nr

Przedmiot zamówienia: wykonywanie świadczeń zdrowotnych

.....
Data i podpis Oferenta