*Pieczęć oferenta*

………..……………………

*Miejscowość, data*

**Samodzielny Publiczny Gminy**

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie**

ul. Sitarskich 3

05-830 Nadarzyn

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert z dn. 07.01.2020 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, zgłaszam następującą ofertę:

1. DANE OFERENTA:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa firmy (lub imię i nazwisko) | | | | |
|  | | | | |
| Adres *(Miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr lokalu)* | | | | |
|  | | | | |
| Telefon |  | Fax |  | |
| E-mail |  | | | |
| NIP |  | REGON |  | |
| Zarejestrowany w | | | | |
| Nazwa rejestru/instytucji |  | | pod nr |  |

1. PRZEDMIOT OFERTY
   1. Oferuję udzielanie następujących świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki

laboratoryjnej *(wypełnić załącznik Nr 1 do oferty).*

* 1. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, aktualną wiedzą medyczną, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
  2. Termin ważności oferty 30 dni od terminu składania ofert.

1. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY *(zawarte w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert)*:
   1. ………………………………………………………………………………………
   2. ………………………………………………………………………………………
   3. ………………………………………………………………………………………
   4. ………………………………………………………………………………………
   5. ………………………………………………………………………………………
   6. ………………………………………………………………………………………
   7. ………………………………………………………………………………………
   8. ………………………………………………………………………………………
   9. ………………………………………………………………………………………
   10. …………………………………………………………………………………

………..…………………… ………..……………………

*Miejscowość, data Podpis oferenta*