

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**w Zakładzie Radiologii Samodzielnego Publicznego**  
**Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu**  
*(dotyczy postępowania konkursowego: DO.334/ 21 /2014 – praktyka indywidualna)*

Nr REGON oferenta .....	NIP .....
Nazwa oferenta	..... ..... .....
Adres, kod pocztowy, tel.	..... ..... .....
Nazwa banku Nr konta	..... .....
<b>Oferowana cena</b> (brutto) jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, dni wolne od pracy, niedziele i święta – ..... <b>zł (słownie: .....</b> ..... <b>złotych brutto),</b>	

.....  
*(miejsowość, data)*

.....  
*(pieczętka i podpis osoby uprawnionej)*