

FORMULARZ OFERTOWY

Składam ofertę na udzielanie świadczeń leżących w kompetencjach i uprawnieniach **LEKARZY WYKONUJĄCYCH USŁUGI** w zakresie wykonywania czynności związanych ze stwierdzaniem zgonu i jego przyczyny oraz wystawieniem kart zgonu w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ z siedzibą przy ul. Rycerskiej 10.

1. PEŁNA NAZWA OFERENTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA FIRMY):
2. ADRES OFERENTA I SIEDZIBA FIRMY:
3. OZNACZENIE ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU:
4. PESEL:
5. NIP:
6. REGON:
7. NR TELEFONU:
8. ADRES E-MAIL:

1. Oferuję następującą stawkę podstawową za dokonanie jednorazowego stwierdzania zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu :

..... zł brutto

słownie:

2. Oferowana liczba godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w każdym miesiącu – (minimalna liczba godzin nie może być niższa niż 96) – podać liczbę:

a)

3. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

Poznań, dnia

.....

Podpis Oferenta