

.....  
/ Pieczęć oferenta /

Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza  
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej  
ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa

## FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert z dnia .....  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji  
ginekologicznych dzieci do 18 r. ż. oraz badań ginekologicznych, zgłaszam  
następującą ofertę:

### I. DANE OFERENTA

1. Nazwa firmy ( lub imię i nazwisko)

.....  
.....  
.....

2. Adres z kodem .....

.....

3. Tel. .... fax .....

4. NIP ..... REGON .....

5. Zarejestrowany w

.....  
.....

pod numerem

.....

6. Nazwa Banku

.....

7. Nr Konta

.....

## II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie świadczeń w zakresie konsultacji ginekologicznych oraz badań ginekologicznych (wypełnić załącznik Nr 1 do oferty).
2. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
3. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
4. Termin ważności oferty 30 dni od terminu składania ofert.

## III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

**zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert .**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

..... dnia.....

.....  
(podpis oferenta)