

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Przyjmującego zamówienie:

Adres:

NIP: REGON:

Tel.: Fax:

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej

Nazwa Banku:

Nr Konta:

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert na:

Świadczenia zdrowotne dla pacjentów
Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica
/konsultacje histopatologiczne i badania immunohistochemiczne/

oferuję wykonanie zamówienia, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i Formularzu Cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do oferty

Osoba upoważnioną do kontaktów jest

/imię i nazwisko, tel., e-mail/

1. Termin realizacji: od 11.07.2024 r. do 10.07.2026 r.
2. Sposób przyjmowania zgłoszeń: Imię i nazwisko
nr tel., fax.....e-mail:.....
3. Minimalna liczba osób jakie będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszego postępowania wynosi:

4. Dostęp do badań zapewniony będzie, zgodnie z SWKO.

5. Ponadto oświadczam, że:

- 1) uważam się za związanego ofertą w terminie wskazanym w SWKO,
- 2) zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia i przyjmuje je bez zastrzeżeń,
- 3) zapoznałem się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 5 do SWKO i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
- 4) wszystkie składające się na ofertę dokumenty, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty.

.....
/miejsowość, data/

.....
/Pieczętka i podpis osoby uprawnionej/