

FORMULARZ OFERTOWY**I. Dane Oferenta**

1. Nazwisko, imię Oferenta:

.....

2. Tytuł naukowy Oferenta

.....

3. Adres zamieszkania Oferenta:

województwo:

miejscowość: kod

ulica nr

4. Zarejestrowana nazwa firmy:

.....

5. Adres siedziby firmy:

województwo.....

miejscowość:..... kod

ulica nr.....

Zarejestrowana nazwa i siedziba firmy jest zgodna z aktualnym wpisem do właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.

6. Regon

7. NIP.....

8. Tel faks

9. Adres e-mail do korespondencji

10. Numer konta.....

11. Oferent jest MŚP: TAK/NIE*

*** niepotrzebne skreślić****II. Dane Oferenta w celu weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym**

1. PESEL:.....

1. Imię Ojca:.....

2. Imię Matki:.....

3. Nazwisko Rodowe Oferenta:.....

III. Przystępując do konkursu ofert 17/2026 – na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Anestezjologii na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o., oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wzorem umowy za cenę jednostkową brutto za godz.:

Przedmiot zamówienia	Cena jednostkowa brutto za godzinę
Świadczenia zdrowotne w zakresie Anestezjologii na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o.o.	<hr/>

podpis wraz z pieczęcią osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta

IV. Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z ogłoszeniem o konkursie ofert oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym z projektem umowy oraz nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na potrzeby przeprowadzenia konkursu ofert organizowanego przez Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.

podpis wraz z pieczęcią osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta