

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

2. Adres oferenta:

3. Zarejestrowany w:

4. Numer NIP:

5. Numer REGON:

6. Nr telefonu:

7. Adres e-mail:

8. Oświadczamy, że jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.

9. Oświadczamy, że posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ludzkim zdolnym do wykonania zamówienia.

10. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przystąpienia do konkursu określonymi w ogłoszeniu i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

11. Oświadczamy, że jesteśmy gotowi do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie od _____ do _____

12. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy i przyjmujemy warunki proponowane w umowie.

13. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

14. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

DYREKTOR
Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu
Piotr Nowicki

2

Szpital Wojewódzki w Poznaniu
ul. Juraszów 7-19
60-479 Poznań, tel. (61) 821-22-00

DYREKTOR
Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu
ZAŁĄCZNIK NR 1
do Warunków Konkursu Ofert
Piotr Nowicki

Proszę uzupełnić dodając wiersze według potrzeb.

Lp.	Badanie	Cena brutto zł
	Badanie (konsultacja) stomatologiczne	
	Znieczulenie	
	Zdjęcie rentgenowskie	
	Opatrunek leczniczy	
	Wypełnienie zęba	
	Usunięcie zęba	
	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	
	Leczenie kanałowe	
	Usunięcie złogów nazębnych	
	Procedury z zakresu chirurgii stomatologicznej	
	Procedury z zakresu chirurgii przyzębia	
	Procedury z zakresu protetyki stomatologicznej	
	Pozostałe procedury nie wymienione powyżej - proszę dołączyć obowiązujący cennik	X

(miejsowość i data)

(czytelny podpis i pieczęć Oferenta
lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)