

FORMULARZ OFERTOWY

ZALĄCZNIK NR 1
do Warunków Konkursu Ofert

DYREKTOR
Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu
Piotr Nowicki

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. Świadczenia będą odbywały się w jeden dzień w tygodniu: _____, w godzinach 8.00 - 10.00
13. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy i przyjmujemy warunki proponowane w umowie.
14. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
15. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

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

ZAŁĄCZNIK NR 1
do Warunków Konkursu Ofert

Rodzaj konsultacji	Cena jednostkowa brutto
Konsultacja psychiatryczna	

(miejsowość i data)

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

