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

Zatwierdzam: ..... Z-ca Dyrektora ds. Administracyjnych Aneta Jałowiecka

Załącznik nr 1 do Warunków Konkursu Ofert

FORMULARZ OFERTOWY

1. **Nazwa Oferenta:**

_____

2. **Adres oferenta:**

_____

3. **Zarejestrowany w:**

_____

4. **Numer NIP:**

_____

5. **Numer REGON:**

_____

6. **Nr telefonu:**

_____

7. **Kwota należności za realizację zamówienia (cena za 1 godzinę brutto):**
8. Z tytułu samodzielnie realizowanych Świadczeń objętych Umową, Przyjmującemu zamówienie będzie przysługiwało zryczałtowane wynagrodzenie miesięczne w wysokości ... ...zł brutto (słownie: ... ... złotych brutto miesięcznie 00/100)
9. **Czas trwania umowy :**... ... ...