

ZAŁĄCZNIK NR 4 – FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Akademickiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego ul. Borowska 213 składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywania badań diagnostycznych i/lub świadczeń medycznych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie.

- **DANE O OFERENCIE** (nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego

.....
.....

- **Numer NIP**
- **Numer REGON**
- **Numer KRS** (jeśli dotyczy)
- **Numer wpisu CEIDG**
- **Numer telefonu z nr kierunkowym**
- **Numer fax**
- **Adres e-mail**
- **Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów leczniczych**

.....

PAKIET nr 1 (zamknięty) - udzielenie świadczeń zdrowotnych Pacjentom Udzielającego Zamówienia na wykonywania **badania konsultacyjnych z zakresu serologii transfuzjologicznej.**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia zł brutto.

PAKIET nr 2 (zamknięty) udzielenie świadczeń zdrowotnych Pacjentom Udzielającego Zamówienie w zakresie **ekspozycji zawodowej – konsultacje + badania.**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia zł brutto.

PAKIET nr 3 (zamknięty) udzielenie świadczeń zdrowotnych Pacjentom Udzielającego Zamówienie w zakresie **badania do przeszczepów.**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia zł brutto.

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do
Przyjmującego zamówienie