Szpital Powiatowy
w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

Załącznik nr 1

OFERTA

Dane Oferenta:

Nazwa .

Siedziba .

Nr telefonu .

Nr faksu..... .

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru ....

Numer NIP....., Numer REGON .....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego.....

Zobowiązania Oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i treścią dokumentacji konkursowej, akceptuję warunki w niej zawarte oraz dysponuję właściwymi kwalifikacjami zawodowymi do wykonania przedmiotowych świadczeń.

Oferuję realizację świadczeń będących przedmiotem konkursu zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej oferty.

(imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej

DYREKTOR
SZPITALA POWIATOWEGO
W ZAWIERCIU
Piotr Zachariasiewicz