Załącznik nr 1

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

.......................................................................................................................................................

1. Nazwa oferenta ….....................................................................................................

2. Adres oferenta ...............................................................................................................

3. Nr telefonu komórkowego ............................................................................................

4. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej …..........................................................

5. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .......................................................

6. REGON ....................................................................................................................

7. NIP ..........................................................................................................................

8. Nazwa banku oraz nr rachunku .................................................................................

9. Okres obowiązywania polisy .....................................................................................

......................................

data, podpis i pieczęć Oferenta