

....., dnia.....
(miejsowość)

FORMULARZ CENOWY

KONKURS OFERT NR 2/2024 W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

Pełna nazwa Przyjmującego Zamówienie:

ZESPÓŁ DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZY ODDZIAŁU:

.....

W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z O.O. W ŻNINIE

Uwzględniając wymogi Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO) wraz z Załącznikami, oferujemy wykonanie przedmiotu konkursu, czyli udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Zespołu Diagnostyczno-Leczniczego w zakresie dla pacjentów Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie, za kwotę:

Wartość udzielania świadczeń za 1 miesiąc: PLN

słownie:

Wartość udzielania świadczeń za okres 12 miesięcy: PLN

słownie:

Do Oferty załączamy wypełnione i podpisane przez każdego z lekarzy Zespołu Diagnostyczno-Leczniczego dokumenty:

- 1) Formularz Ofertowy (Załącznik nr 1a)
- 2) Oświadczenie Oferenta (Załącznik nr 2)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....