

.....  
/ Pieczęć oferenta /

Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza  
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej  
ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa

## FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert z dnia ..... na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania i opisywania badań obrazowych medycyny nuklearnej-scyntygrafii, zgłaszam następującą ofertę:

### I. DANE OFERENTA

1. Nazwa firmy ( lub imię i nazwisko)

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

2. Adres z kodem .....

.....

3. Tel. .... fax .....

4. NIP ..... REGON .....

5. Zarejestrowany w

.....  
.....

pod numerem

.....

6. Nazwa Banku

.....

7. Nr Konta

.....

