

.....
/ Pieczęć oferenta /

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

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy świadczenia na usługi w zakresie transportu sanitarnego

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

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie usług w zakresie transportu sanitarnego (wypełnić załącznik Nr 1 do oferty)
2. Oferowane usługi będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
3. Gwarantuję ciągłość usług, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.

Załącznik nr 1

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. Formularz cenowy– Załącznik do umowy nr 1.
2. Załącznik nr 2 Oświadczenie oferenta
3. Załącznik nr 3 Wykaz zgłoszonych środków transportu do realizacji zamówienia.

..... dnia.....

.....
(podpis oferenta)