

**FORMULARZ OFERTOWY****I. Dane Oferenta**

1. Nazwisko, imię Oferenta:

.....

2. Adres zamieszkania Oferenta:

województwo: .....

miejscowość: ..... kod .....

ulica ..... nr .....

3. Zarejestrowana nazwa firmy:

.....

4. Adres siedziby firmy:

województwo.....

miejscowość:..... kod .....

ulica ..... nr.....

Zarejestrowana nazwa i siedziba firmy jest zgodna z aktualnym wpisem do właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.

5. Regon .....

6. NIP.....

7. Tel ..... faks .....

8. Adres e-mail do korespondencji .....

9. Numer konta.....

10. Oferent jest MŚP: TAK/NIE\*

**\* niepotrzebne skreślić****II. Dane Oferenta w celu weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym**

1. PESEL:.....

2. Imię Ojca:.....

3. Imię Matki:.....

4. Nazwisko Rodowe Oferenta:.....

**III. Przystępując do konkursu ofert nr 1/Poradnia Dermatologiczna/2022 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Dermatologicznej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o. o., oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wzorem umowy za cenę jak w załączeniu:**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Dermatologicznej działającej w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o. finansowanie będzie procentowo w stosunku do wartości wypracowanych punktów kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podział płatności w stosunku do Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.

<b>Nazwa</b>	<b>Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.</b>	<b>Dane oferenta</b> ..... .....
<b>Procentowy stosunek do wartości wypracowanych punktów kontraktu z NFZ</b>	_____	_____

\_\_\_\_\_  
podpis wraz z pieczęcią osoby  
uprawnionej do reprezentowania Oferenta