

Oferta

| |
|--|
| Imię i nazwisko osoby lub nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą: |
| |

| |
|--|
| Adres zamieszkania lub siedziby: |
| |
| NIP |
| |
| REGON |
| |
| Nr telefonu |
| |
| Nr wpisu do ewidencji działalności lub KRS (jeśli jest prowadzona) |
| |
| Nr prawa wykonywania zawodu |
| |

| |
|--|
| Oferowana cena brutto za jednostkowy przypadek stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu w 2021 roku (zawierająca wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania usługi, w tym koszty dojazdu): |
| |

Oświadczenia:

- 1) dysponuję osobą lub osobami uprawnionymi do wykonania usługi,
- 2) zapewnię całodobową gotowość do wykonania przedmiotu zamówienia i całodobową dostępność numeru telefonicznego, pod którym będzie można dokonywać zgłoszeń o konieczności wykonania czynności będących przedmiotem zamówienia,
- 3) zapewnię przybycie osoby uprawnionej do wykonania usługi na miejsce wykonania usługi, w możliwie najkrótszym czasie od momentu wezwania.

| |
|---|
| Data, pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta |
| |