Załącznik Nr 1

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania hemodializ**

**w ostrej niewydolności nerek**

**Dane oferenta:**

1. **Nazwa:** ................................................................................................................................

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

1. **Adres**:…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

1. **Oferent prowadzi działalność leczniczą w formie**:…………………………………….

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

1. **NIP:**.....................................................................................................................................
2. **REGON**:………………………………………………………………………………….
3. **NR KRS**:………………………………………………………………………………….
4. **Telefon kontaktowy:** …………………………………………………………………….
5. **Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu**:…………………

……………………………………………………………………………………………..

9. Oferowana Cena za wykonywanie usług:

**Cena za 1 hemodializę**: ................................................zł/brutto

(słownie: .......................................................................................................złotych)

Zobowiązania oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i treścią dokumentacji konkursowej, akceptuje warunki w niej zawarte oraz dysponuję właściwymi kwalifikacjami zawodowymi do wykonania przedmiotowych badań/świadczeń.

(imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej