**FORMULARZ OFERTY**

1. Imię i nazwisko Oferenta:

…………………………………...................……………………………………………………………………………………………

1. Nazwa, pod którą Oferent prowadzi działalność leczniczą:

…………………………………...................…………………………………………………………………………………………

1. Adres Oferenta:

…………………………………...................……………………………………………………………………………………………

Adres Oferenta do korespondencji (jeśli inny niż adres wskazany w pkt 3):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. NIP: .........................................................................................................................
2. REGON: ......................................................................................................................
3. Numer księgi rejestrowej Oferenta w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

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

1. Udział procentowy za jeden punkt rozliczeniowy …………….…
2. Termin płatności ………………………………
3. Deklarowana dyspozycyjność do świadczenia usług ( dni, godziny) ……………………………………..

..…………………………………….

data i podpis Oferenta