

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W „MEDICOR” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

D A N E O F E R E N T A	
Nazwa oferenta	
Forma organizacyjna	
Adres do korespondencji: Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer	
Numer telefonu i adres e-mail:	
Numer NIP	
REGON	

Proponowana stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – zł

Oferowana ilość dni świadczeń udzielanych tygodniowo:.....

.....
Data i podpis Oferenta