Załącznik nr 3

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego w Zespole Transportu Sanitarnego w SPZZOZ w Przasnyszu

I.

1. **Nazwa** ……..……
   …….…..
2. **Siedziba ……..**…….…….....
3. **Nr telefonu**……..……..**adres e-mail** ……..
4. **Numer wpisu do KRS** …….……
5. **Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta** ….……
8. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** …….
9. **Regon** …….
10. **NIP** …….
11. **Nr konta bankowego** ……

II.

1. **Cena za świadczenie usług:**

Rodzaj świadczeń	Wysokość proponowanej stawki godzinowej brutto
Udzielanie świadczeń z zakresu Ratownictwa medycznego w Zespołach Transportu Sanitarnego	

2. **Inne ustalenia:**

……..
……
……
……...
.....

3. **Proponowany okres, na który ma być zawarta umowa** …….……

…… …..……

/data/ /podpis oferenta/