

FORMULARZ OFERTOWY
NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINNYM ZESPOLE OŚRODKÓW
ZDROWIA W WOŹNIKACH

Dane o Oferencie:

Nazwa Oferenta:.....

Dane adresowe

Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia:.....

.....

.....

Proponowana cena brutto za 1 godz. udzielania świadczeń

.....

.....

(data i podpis) Oferenta

