



Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny
Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu
Dział Rozwoju, Infrastruktury i Marketingu
ul. Lubańska 11-12, 59-900 Zgorzelec
NIP: 615-17-06-942, REGON: 231161448
tel.: +48 75 77 22 885, fax +48 75 77 22 885
www.spzoz.zgorzelec.pl
Misja Szpitala: „Bezpieczeństwo przez rozwój”

OD:

OFERTA

**DLA: WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W ZGORZELCU**

59-900 Zgorzelec

ul. Lubańska 11/12

tel. / fax (075) 77 22 858

Nawiązując do zapytania ofertowego z dniadotyczącego usługi telefonicznej rejestracji pacjentów na konsultacje:

- **u lekarza onkologa w celu zbadania piersi**
- **badanie okulistyczne chorób oczu**

oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w cenie cenach zawartych w Formularzu Cenowym stanowiącym Załącznik nr 1 do umowy.

Termin płatności, jaki oferujemy to..... dni.



Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny
Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu
Dział Rozwoju, Infrastruktury i Marketingu
ul. Lubańska 11-12, 59-900 Zgorzelec
NIP: 615-17-06-942, REGON: 231161448
tel.: +48 75 77 22 885, fax +48 75 77 22 885
www.spzoz.zgorzelec.pl
Misja Szpitala: „Bezpieczeństwo przez rozwój”

1

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

2

Oświadczam, że wynagrodzenie za wykonane zamówienie jest ceną obejmującą wszystkie koszty.

3

Oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym w rozumieniu definicji zamieszczonej w zapytaniu ofertowym.

4 Podwykonawcy

Przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać samodzielnie/zlecić podwykonawcom.

5 Osoby upoważnione do kontaktów

Na osobę upoważnioną do kontaktów wyznaczamy:

(imię, nazwisko, stanowisko, telefon)

6 Osoby upoważnione do podpisania umowy

W przypadku wyboru naszej oferty osobami upoważnionymi do podpisywania umowy są
(imię, nazwisko, stanowisko):

Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela