

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA

I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania:

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....
.....

2. Forma prawna:

.....
.....

3. Dokładny adres indywidualnej praktyki lekarskiej/ grupowej praktyki lekarskiej/ zakładu opieki zdrowotnej – zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru

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

4. Tel.:

faks:

e-mail:

5. Dokładny adres do korespondencji – podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3

.....
.....

6. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym **lub w innym rejestrze** (np.: prowadzonym dla indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich przez **Świętokrzyską Izbę Lekarską**)

.....

7. Numer REGON:

8. Numer NIP:

9. Nazwa banku i numer rachunku:

.....
10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania **Oferenta** w kontaktach zewnętrznych i **posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):**

.....
.....

11. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie)

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

12. Miejsce realizacji zadania:.....
(wpisać adres, w którym będą udzielane świadczenia)

.....

13. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta z podaniem miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

14. Oferta cenowa:

wykonania kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nienowotworowych,
z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych
..... zł

15. minimalna liczba osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

.....

Termin realizacji zadania:

Od 2017 do2019 roku

.....
czytelny podpis Oferenta