

.....
(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 **do** **roku**

.....

czytelny podpis Oferenta