Załącznik nr 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie badań obrazowych za pomocą rezonansu magnetycznego na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi.**

Nazwa i adres Oferenta …………………………………………..……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...………….………

Oferent wpisany do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy ……………………… …………………………………………………………….., …………… Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS……………………………………………………….………………………..

Lub CEIDG ……………………………………………………………………………………………………….

NIP: ………………………………………………………………………………………….……………………..

REGON:…………………………………………………………………………………………………………...

Telefon …………………………….…………………….Fax…………………………….……………………

Adres email…………………………………………………………………………………….………………....

Numer rachunku bankowego ……………………………………………………..…………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis Oferenta