Załącznik nr 1 – Formularz Ofertowy

……………………………..

Pieczątka Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi w zakresie badań mykologicznych**

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

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

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

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

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

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

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

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

Numer KIDL ……………………………………………………………………………………

Numer Księgi Rejestrowej Wojewody……………………………………………………………

Informacje dla pacjenta Udzielającego Zamówienia

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

Adres ……………………………………………………………………………………………

Telefon ………………………………………………………………………………………….

Dni i godziny wykonywania badań ……………………………………………………………....

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

………………………………

Data i podpis Oferenta