Załącznik nr 1

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

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie transportu medycznego świadczonego za pomocą karetek typu „S” (w tym transport pacjentów zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi oraz pacjentów z otyłością olbrzymią/ pacjentów bariatrycznych/ chorych o wadze powyżej 200 kg)**

**dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Łodzi**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Całodobowym (czynny 24/7) numer telefonu oraz mail przeznaczony do realizacji zamówienia przez dyspozytora Oferenta tel. ……………..…………… mail: ………………………….**

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

Data i czytelny podpis Oferenta