**Załącznik nr 1**

……………………………………….

 *pieczęć oferenta*

**OŚWIADCZENIE O DANYCH OFERENTA**

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu diagnostyki obrazowej: opisywaniu badań radiologicznych (RTG) oraz opisywaniu badań tomografii komputerowej (TK) w oparciu o teleradiologię dla pacjentów Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie (CPV 85121000-3).

**Poniżej zamieszczam wymagane informacje ofertowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| dane oferenta |  |
| nazwa firmy |  |
| adres siedziby |  |
| nr wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej lub do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |
| dane podmiotu tworzącego (wypełnia wyłącznie podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą) |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| imię i nazwisko osób(y) uprawnionej do reprezentowania placówki | nr wpisu do KRS albo ewidencji działalności gospodarczej, numer REGON, NIP, numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą – dane podmiotu tworzącego |
| telefon |  |
| fax |  |

………………………………………….. ………………………………………………

 *Miejscowość, data podpis i pieczęć oferenta*