

.....
pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE O DANYCH OFERENTA

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (CPV:85100000-0 Usługi ochrony zdrowia) w zakresie:

- A. podstawowej opieki zdrowotnej – świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy dla osób powyżej 19 roku życia na obszarze miasta Koszalina i Powiatu Koszalińskiego z wyłączeniem miasta i gminy Polanów,
- B. udzielania w warunkach ambulatoryjnych usług medycznych dla potrzeb KMP Koszalin oraz innych jednostek policji osobom zatrzymanym doprowadzonym przez funkcjonariuszy policji,

w pomieszczeniach wskazanych przez Zamawiającego.

1. 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	
telefon	
fax	

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć Oferenta