



**Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego**

Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

ul. Długa 1/ 2, 61-848 Poznań
tel. centrala 61 854 90 00
tel. sekretariat: 61 854 91 21, fax. 61 852 94 72
e-mail: szpital@skpp.edu.pl
Dyrektor Naczelny: lek. med. Jan Talaga

Załącznik nr 1 do SWKO

....., dnia

FORMULARZ OFERTOWY (część pierwsza)

Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres Oferenta:

.....
.....

Nr telefonu do kontaktu

Adres mailowy.....

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ogłoszeniu, a dotyczących.....

Nr przedmiotu oferty:

Oferuję następujące warunki cenowe:

Warunki dodatkowe:

Załączam następujące wymagane przez Udzielającego Zamówienie dokumenty:

Data, podpis i pieczęć Oferenta



salus aegroti, educatio, scientia
SZPITAL TRADYCYJNY I INNOWACYJNY

www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

NIP 778-13-43-588, REGON 000288828, KRS 000000185

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 55





**Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego**
Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

DZIAŁ KADRY – PŁACE SEKCJA KADR

ul. Długa 1/ 2, 61-848 Poznań
tel. 61 8549 298 , 8549 188 , 8549 153,
e-mail iwona.wesolowska@skpp.edu.pl
Kierownik mgr Iwona Wesolowska

Załącznik nr 1 do SWKO

....., dnia

FORMULARZ OFERTY (CZĘŚĆ 2)

Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres Oferenta:

.....
.....

Nr telefonu do kontaktu

Adres mailowy.....

**Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń
zdrowotnych w zakresie świadczeń medycznych**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze wszystkimi warunkami udzielenia zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, zawartymi w dokumentacji konkursowej i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję realizację przedmiotowych świadczeń z cenami i na warunkach określonych w „Formularzu ofertowym”.
3. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
4. Informuję, iż uważam się za związanego niniejszą ofertą w okresie wskazanym w dokumentacji konkursowej.
5. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności cywilnej i karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia.

Data i podpis Oferenta



salus aegroti, educatio, scientio
SZPITAL TRADYCYJNY I INNOWACYJNY

www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

NIP 778-13-43-588, REGON 000288828, KRS 000000185

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 55

