

**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  
**p.o. Dyrektor Szpitala: dr hab. Szczepan Cofta**

**Załącznik nr 1 do SWKO**

Poznań, 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**

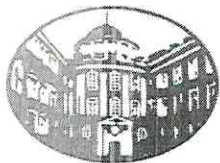
1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze wszystkimi warunkami udzielenia zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, zawartymi w dokumentacji konkursowej i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję realizację przedmiotowych świadczeń z cenami i na warunkach określonych 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





**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  
**p.o. Dyrektor Szpitala: dr hab. Szczepan Cofta**

**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:

Data, podpis i pieczęćka 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

