Załącznik Nr 1 do SWKO

DANE o OFERENCIE :

Nazwa			
Imię i nazwisko osoby reprezentującej			
Numer wpisu do KRS lub CEDG			
Adres zamieszkania			
Adres wykonywanej działalności			
Telefon kontaktowy ---------- Adres e- mail	----------		
PESEL	NIP	REGON	
Posiadane uprawnienia			

FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na udzielanie usług zdrowotnych, na potrzeby **Centrum Psychiatrii w Katowicach** - numer postępowania : **23/KO/2026** oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz projekcie umowy w zakresie **:**

Rodzaj usługi	Cena udzielanych świadczeń w złotych **brutto,**	**Deklarowana liczba godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych od min. do max.**
Udzielenie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego	..... zł./godzinę	…… - …..……. godz./miesiąc min. max