

.....  
/ Pieczęć oferenta /

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
ul. Warecka 15A, 05-510 Warszawa

## FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert z dnia .....  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej,  
zgłaszam następującą ofertę:

### I. DANE OFERENTA

1. Nazwa firmy ( lub imię i nazwisko)

.....  
.....  
.....

2. Adres z kodem .....

.....

3. Tel. .... fax .....

4. NIP ..... REGON .....

5. Zarejestrowany w

.....  
.....

pod numerem

.....

6. Nazwa Banku

.....

7. Nr Konta

.....

