***Załącznik nr 1***

……………………………………………. ..….…………………….…………

 *(pieczątka oferenta)*   *(data i miejsce)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

***Udzielający zamówienia:***

***Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM***

***ul. S .Banacha 1a 02-097 Warszawa***

***Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus***

***ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa***

**DANE OFERENTA:**

1. Pełna nazwa Oferenta: ……………………………………………………………………………………….………
2. Adres ……………………………………………………………………………………………………………...…………
3. Numer telefonu:………………................... Numer faksu:…………………………………….………

Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………….…..…..

1. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez:

Wojewodę: ……………………………………………………………………….…………….…………………………

1. Zaświadczenie o wpisie w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) – załącznik do formularza ofertowego.
2. Numer KRS: …………………………………… (jeżeli dotyczy)
3. NIP: ………………………………………………..
4. Regon: ……………………………………………

9. Osobami reprezentującymi firmę są: …………………………………………………………….………………

…………………………………………………………………………………………………………………….……………

10. Miejsce udzielania świadczeń ………………………………………………………………………...……………

11. Godziny pracy jednostki: ……………………………………………………………………………….……………

12. Dane kontaktowe do osoby odpowiedzialnej za zapisy na badania (imię, nazwisko, tel. kontaktowy, adres e-mail) ………………………………………………………………………………..…………

………………………………………………………………………………………………………………...………………………

**Oferta zawiera: …………………… stron.**

**Załącznikami do oferty są:**

1. …………………………………………………………………….…….…..………..
2. …………………………………………………………………………………....…..
3. …………………………………………………………………………………..……
4. ……………………………………………………………………………….……….
5. ……………………………………………………………………………….……….

……………………………………………….

 *(podpis i pieczątka Oferenta)*