

.....  
(pieczętka 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: .....
4. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez:  
Wojewodę: .....
5. Zaświadczenie o wpisie w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) – załącznik do formularza ofertowego.
6. Numer KRS: ..... (jeżeli dotyczy)
7. NIP: .....
8. 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 pieczętka Oferenta)