

.....
pieczęć firmowa Wykonawcy

FORMULARZ OFERTY

**dotyczący otwartego naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej
do współpracy w ramach projektu „WyRaS - Wykryj Raka Skóry”
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zakwalifikowanym do projektu
oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach**

DANE OFERENTA:

Nazwa:

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

Adres siedziby:

.....
.....

Telefon: Fax.:

email:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:.....

Nr umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią Umowy stanowiącej załącznik do niniejszego naboru
i akceptuję jej zapisy.

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania placówki POZ