

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

### FORMULARZ OFERTY

**dotyczący ogłoszenia o otwartym naborze konkursowym 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 ogłoszenia o otwartym naborze placówek POZ i akceptuję jej zapisy.

.....  
miejsowość, data

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