

/ Pieczęć oferenta/

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie
ul. Mickiewicza 168, 37-600 Lubaczów

FORMULARZ OFERTOWY

Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert ogłoszonym w dniu 02.11.2023r na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych z podziałem na pakiety:

I. DANE OFERENTA

1. Nazwa/ firma (lub imię i nazwisko)

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

2. Adres

.....
.....

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

4. E-mail.....

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

