**K/DOPIES/4/2025**

*Załącznik nr 1*

……………………………………………

*Pieczęć firmowa Oferenta*

*Miejscowość …………………… dnia ………………*

FORMULARZ OFERTOWY

dla Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii

**I. Dane Oferenta**

Nazwa Oferenta

Siedziba Oferenta

NIP Regon

Tel. Fax

e-mail: www.

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

**II. W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu**

**w zakresie teleradiologii, opisu badań RTG w trybie dyżurowym, badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, za cenę łączną w okresie obowiązywania umowy**

…................................................(słownie)

**Termin realizacji:**

Od dnia podpisania umowy przez okres 24 m-cy.

**III.** Świadczenia zdrowotne będą wykonywane w ……………………….., przy ul…………………………………. (podaj adres)

**IV.** Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

…………………………………………………………………………………………………

……………………………….……………………..

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej/ osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy