

## FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na wykonywanie badań diagnostycznych z dnia 04.11.2024r.  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im dr Jana Biziela w Bydgoszczy

**1. Pełna nazwa Oferenta zgodna z wpisem do właściwych rejestrów**

.....

.....

**2. Siedziba i adres**

.....

.....

**3. Imię i nazwisko osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta**

( w przypadku prokury lub działania na podstawie pełnomocnictwa powołanie tej okoliczności )

.....

.....

**4. nr wpisu do właściwego Rejestru podmiotów leczniczych lub informacja o wpisie do CEIDG**

.....

**5. KRS :** .....

**6. REGON:** .....

**7. NIP:**.....