

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na wykonywanie badań diagnostycznych z dnia 06.05.2025r.
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:.....

.....
data, pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta /
w przypadku działania na podst. pełnomocnictwa
należy powołać ten fakt i dołączyć pełnomocnictwo