....., dnia.....

.....
Pieczątka (Nip, Regon)

OFERTA

I. Dane Oferenta:

1. Nazwa podmiotu leczniczego:
   ……
   ……
   ……
2. Adres e-mail:
   …….
3. Numer telefonu:
   …….
4. NIP:
   …….

II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDITRANS OSTROŁĘKA" STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W OSTROŁĘCE
UL. KOŚCIUSZKI 49
07 – 410 OSTROŁĘKA
TEL. (029)765 03 00 / FAX (029)764 3171

na:
Dysponowaniu Zespołami Transportu Medycznego z miejscami wyczekiwania w Ostrołęce i Makowie Mazowieckim, przez pielęgniarzy/arki / ratowników medycznych, we wszystkie dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:00 do godziny 07:25 dnia następnego oraz całodobowo we wszystkie dni ustawowo wolne od pracy od godziny 07:25 do godziny 7:25 dnia następnego.

III. Proponowana cena –
ryczałt za realizację umowy: …… złotych miesięcznie brutto

IV. Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w ofercie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce z siedzibą w Ostrołęce 07-410, ul. Kościuszki 49 w celu przeprowadzenia konkursu ofert, ewentualnego zawarcia umowy, a także w celach kontaktowych.

……
(data i podpis oferenta)