

FORMULARZ OFERTOWY
na wykonanie świadczeń zdrowotnych

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług medycznych dla osób pozbawionych wolności przebywających w Zakładzie Karnym we Włodawie.

Dane oferenta:

Adres:

Telefon:

Proponuję następującą kwotę wynagrodzenia za udzielone usługi:

Usługi medyczne – – cena brutto za 1 godzinę* / 1 konsultację*

(słownie:)

..... dnia

.....
(podpis oferenta)

* - proszę przekreślić niewłaściwe