Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych SZW w Suwałkach

Suwałki, dnia ……………………………………

**Szpital Wojewódzki**

**im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach**

# 

# O F E R T A

**na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne przez lekarza w zakresie chorób wewnętrznych**

1. **Dane oferenta:**

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

1. **Adres do korespondencji:**

..............................................................................................................................................

1. **Proponowany wariant przedmiotu konkursu**

.............................................................................................................................................

1. **Deklarowana ilość godzin udzielania świadczeń:**

...............................................................................................................................................

1. **Proponowana kwota należności za realizację zamówienia :**

...............................................................................................................................................

.............................................................

(czytelny podpis składającego ofertę)