Załącznik nr 3 do szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji i masażu

Suwałki, dnia ……………………………………

**Szpital Wojewódzki**

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

# 

# O F E R T A

**na udzielanie zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji i masażu**

1. **Dane oferenta:**

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

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

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

1. **Adres do korespondencji:**

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

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

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

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

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

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

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

(czytelny podpis składającego ofertę)