**OFERTA NA *BADANIA LEKARSKIE W ZAKRESIE MEDYCYNY PRACY DLA PRACOWNIKÓW   
WROCŁAWSKIEGO CENTRUM ZDROWIA SPZOZ***

Nazwa Wykonawcy

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

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

REGON............................................................... NIP...............................................................

Adres.......................................................................................................................................

tel. ........................................... fax. ………………………… e-mail. …..............................

Dla: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia ……………………. r. na:

**OFERTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko /zakres badań/ | Oferowana cena jednostkowa netto | Oferowana cena jednostkowa brutto |
| 1 | Lekarz  /zakres badań/ | ………………………. zł. (słownie:………………………) | ………………………. zł. (słownie:………………………) |
| 2 | Pielęgniarka  /zakres badań/ | ………………………. zł. (słownie:………………………) | ………………………. zł. (słownie:………………………) |
| 3 | Pracownik adm. –biurowy  /zakres badań/ | ………………………. zł. (słownie:………………………) | ………………………. zł. (słownie:………………………) |
| 4 | Kierownik  /zakres badań/ | ………………………. zł. (słownie:………………………) | ………………………. zł. (słownie:………………………) |

Miejsce wykonywania badań:……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Realizacja badań nastąpi w ciągu ………………………………………………. dni od dnia rejestracji

Czas wykonywania badań: ………………………………………………………………………………………………….

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

(miejscowość) (data)  *(podpis i pieczątka imienna uprawnionego*

*(-ych) przedstawiciela(-li) firmy Wykonawcy)*