Załącznik nr. 3

Formularz Ofertowy

Dane Oferenta		
imię i nazwisko lub nazwa		
adres zamieszkania lub siedziby		
Numer telefonu		
osoby udzielające określone świadczenia zdrowotne oraz ich kwalifikacje		
Rodzaj oferowanych świadczeń medycznych		
Proponowana kwota należności za realizację zamówienia	Kwota za punkt w leczeniu stomatologicznym - protetycznym	

…….

Podpis Oferenta