

Pieczęć Oferenta

Formularz ofertowy

Konkurs na realizację następujących programów zdrowotnych w roku 2024:
„Program szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Masłów na lata 2020 – 2024”

I. NAZWA OFERENTA :

II. ADRES OFERENTA :

.....

III. DANE OFERENTA

- nr telefonu.....

- adres mailowy

- nr konta bankowego.....

IV. CENA OFERTOWA:

1. Szczepienia przeciwko bakteriom meningokokowym

Cena ofertowa usługi na osobę.....zł brutto

2. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

.....

- nr telefonu.....

- adres mailowy.....

....., dnia.....

(miejsowość)

.....

(Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)