

Załączniki do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 14 marca 2017 r.

Załącznik nr 1 do zarządzenia

(-wzór-)

OZNACZENIE OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA Oddział Wojewódzki NFZ w OFERTA: Konkurs ofert* / Rokowania* (rok)
(nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania oraz obszaru kontraktowania - zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)
(kod postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)
(pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny oferenta)
(adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem)
(oferent – pieczęć, podpis, data)
Wydruk formularza rejestracyjnego z kodem paskowym (należy przykleić lub nadrukować)

* niepotrzebne skreślić