

**Załącznik nr 6
do zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 13 lutego 2015 r.**

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

(-wzór-)

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY PODPISUJĄCEJ FORMULARZ OFERTOWY
I OFERTĘ**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa