

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs Ofert na świadczenie usług prawnych przez Radcę Prawnego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu

1. Dane Oferenta (Radcy Prawnego/Kancelarii Prawnej)

Pozycja	Dane
Nazwa/Imię i Nazwisko	
Adres Siedziby/Zamieszkania	
Numer NIP (jeśli dotyczy)	
Numer KRS/CEIDG (jeśli dotyczy)	
Numer wpisu na listę Radców Prawnych/ Adwokatów	
Okręgowa Izba Radców Prawnych/ Okręgowa Rada Adwokacka	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

2. Oferowane Wynagrodzenie Miesięczne (Kryterium Oceny)

Oferuję stałą i kompleksową obsługę prawną dla SPZZOZ w Zwoleniu zgodnie z zakresem określonym w Zapytaniu Ofertowym za następujące miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe:

Pozycja	Wartość
Miesięczne Wynagrodzenie Ryczałtowe Brutto	PLN
(słownie złotych brutto:)	
Doświadczenie w obsłudze Placówek z zakresu Ochrony Zdrowia	Tak/ Nie

