

**OFERTA
W KONKURSIE OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

W ZAKRESIE:

PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

(NALEŻY PODAĆ KOD I NAZWĘ ZAKRESU ŚWIADCZEŃ OKREŚLONE W § 3 UST 1)

SPGZOZ Bochnia

(NALEŻY PODAĆ LOKALIZACJĘ OKREŚLONĄ W §6 UST. 2)

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

**Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni
Ul. Kazimierza Wielkiego 26, 32-700 Bochnia**

.....
(NALEŻY PODAĆ PEŁNĄ NAZWĘ I ADRES SIEDZIBY UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA)

