

OZNACZENIE OFERTY / UZUPEŁNIENIE OFERTY / WYCOFANIE OFERTY ¹

SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu
i Współuzależnienia w Stanominie
78-217 Stanomino 5

OFERTA: Konkurs ofert 2024

Zakres świadczeń:

.....

.....

.....

(nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania zgodnie z § 3 ust. 1 Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie)

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....

.....

.....

1 – niepotrzebne skreślić

.....
(Pieczęć, podpis, data)