

**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)