**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkursi na wybór Brokera Ubezpieczeniowego**

**dla Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II**

1. Nazwa Oferenta: …………………………………………………………………….
2. Adres Oferenta:……………………………………………………………..………
3. Numer NIP: ………………………………………………
4. Numer REGON: …………………………………………
5. Numer zezwolenia na prowadzenie działalności brokerskiej: ……………………………
6. Numer tel/fax: ……………………………………………
7. Adres e-mail: …………………………………………….
8. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania firmy (jeżeli prawo do reprezentacji nie wynika z załączonych dokumentów, do oferty należy dołączyć oryginał pełnomocnictwa)

…………………………………………………………………………………………...

1. Oferta została złożona na …….… zapisanych stronach podpisanych i kolejno ponumerowanych.
2. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na Ofertę, zawarte na stronach od.................... do ……………….. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne. Jednocześnie wykazujemy, przedkładając na stronach od …………….… do ……………….. dokumenty potwierdzające, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
3. Załączniki:

…………………………………….