

## OFERTA-DANE OFERENTA

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

.....  
Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Lekarskiej,  
Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego):

.....  
Regon:

.....  
NIP:

.....  
Pesel:

.....  
Bank:

.....  
Nr rachunku:

.....  
Adres praktyki lub zakładu opieki zdrowotnej:

.....

.....  
Adres zamieszkania:

.....

.....  
Telefon:

.....

Fax:

.....

Numer prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

.....

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji):

.....

.....

.....

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli