



## OFERTA-DANE OFERENTA

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

.....

.....

Pesel: .....

NIP:  
.....

Adres zamieszkania:  
.....  
.....

Bank i nr rachunku:  
.....

Telefon:  
.....

Numer prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:  
.....

Posiadane specjalizacje i daty uzyskania specjalizacji oraz rozpoczęte specjalizacje  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

*Jesteśmy po to, żeby leczyć, kształcić i rozwijać wiedzę medyczną*