



AKADEMICKI SZPITAL KLINICZNY

im . Jana Mikulicza – Radeckiego

we Wrocławiu

ul. Borowska 213 50-556 Wrocław

Kancelaria: (071)733-12-00 Sekretariat: (071)733-11-00 Fax: (071)733-12-09

strona internetowa: www.aszk.wroc.pl e-mail: sekretariat@aszk.wroc.pl

Załącznik nr 2

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:

„Jesteśmy po to żeby leczyć, kształcić i rozwijać wiedzę medyczną”

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

.....
.....
.....

.....
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli