

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