Załącznik nr 2

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

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU
50-556 Wrocław, ul. Borowska 213, NIP 898-181-68-56
kancelaria: tel. (71) 733 12 00, **fax** (71) 733 12 09, **e-mail** kancelaria@usk.wroc.pl; www.usk.wroc.pl