

Oferta- dane Oferenta

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

.....
Numer wpisu do właściwego rejestru(właściwej Izby Lekarskiej):

.....
Regon:

.....
NIP:

.....
Bank:

.....
Nr rachunku:

.....
Adres praktyki:

.....
Adres zamieszkania:

.....
Telefon:

.....
Fax:

.....
Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje i stopień specjalizacji):

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