

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:

.....
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