



# 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](http://www.aszk.wroc.pl) e-mail: [sekretariat@aszk.wroc.pl](mailto:sekretariat@aszk.wroc.pl)

---

Załącznik nr 3

## 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