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