

Informacje o ofercie

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
.....
.....

2. Numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

3. Numer wpisu do KRS.....

.....

4. Osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta.....

.....

5. NIP.....

.....

6. REGON.....

.....

7. Adres do korespondencji.....

.....

8. Kontaktowy numer telefonu.....

.....

9. Adres e-mail.....

.....

Miejsce i data:.....

Podpis.....