(Miejscowość, data) ………………………………………

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

Pieczątka firmowa / Nazwa Firmy

 **DO DYREKCJI**

 **PCM W RZESZOWIE SPZOZ**

Plac Dworcowy 2

35-201 Rzeszów

Proszę o przygotowanie oferty\*/umowy\* na badania profilaktyczne pracowników z zakresu medycyny pracy.

**Pełna nazwa Firmy:**

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

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

**Siedziba i dane Firmy:**

ul. ...................................................................................................................................

kod pocztowy: ..........-.................., miejscowość: ...............................................................

NIP: .............................................................

Regon: .........................................................

KRS: ………………………………………………………….

Osoby które są uprawnione do reprezentowania Firmy (zgodnie np. z KRS):

* ………………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………………….

**Osoba do kontaktu w sprawie oferty\*/umowy\***

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………….

Tel. do kontaktu: ……………………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje o Firmie:**

Ilość pracowników: ………………………………………………………………………………………………………..

Branża (określić: jaki rodzaj pracy/branżę/usługi są wykonywane oraz zagrożenia na danych stanowiskach pracy): ……………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Inne uwagi, wskazówki do oferty\*/umowy\*: ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data do kiedy ma być przygotowana oferta\* / od kiedy ma obowiązywać umowa\*: ……………….

….............................. ............................................

 data podpis przedstawiciela Firmy

**\*niepotrzebne skreślić**

*© PCM w Rzeszowie SPZOZ Wersja z dnia 01.04.2020r.*