

.....
pieczęć firmowa Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
okulistyki**

Dane Oferenta:

1) Pełna nazwa Oferenta:

.....
.....

2) Siedziba Oferenta:

kod pocztowy-....., miejscowość.....

ul

nr tel. kontaktowego:

e-mail:

Bank

Nr konta

NIP, Regon

.....
data

.....
podpis Oferenta