

.....  
pieczęć firmowa Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**  
**CHIRURGII OGÓLNEJ**

**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