

.....
pieczęć firmowa Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

chorób płuc

Dane Oferenta:

1) Pełna nazwa Oferenta:

.....
.....

2) Siedziba Oferenta:

kod pocztowy-....., miejscowość.....

ul

nr tel. kontaktowego: (celem przeprowadzenia negocjacji)

e-mail:

Bank

Nr konta

NIP, Regon

.....
data

.....
podpis Oferenta