

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA

Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne

.....
(oddział/poradnia)

1. Imię i nazwisko Oferenta:
2. Adres Oferenta:
3. Numer telefonu:
4. Firma Oferenta:
5. NIP:
6. REGON:
7. Numer wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich
.....
8. Nr prawa wykonywania zawodu:
9. Kwalifikacje (specjalizacja):

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)