

.....

Pieczęć oferenta

Zgłoszenie ofertowe

Pełna nazwa oferenta	
Adres wraz z kodem pocztowym	
Województwo	
Numer telefonu	
Numer faxu	
Adres e-mail	
Nazwisko i imię Dyrektora zakładu opieki zdrowotnej (podmiotu leczniczego)	
Organ założycielski zakładu opieki zdrowotnej (podmiotu leczniczego)	
Data i nr wpisu do KRS lub innego właściwego dokumentu rejestrowego, nazwa i siedziba sądu	
Nr wpisu do rejestru Wojewody	
NIP	
Regon	
Nazwa banku i nr konta bankowego	

.....

pieczęć i podpis Głównego Księgowego
lub osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe oferenta

.....

pieczęć i podpis Dyrektora

Data.....