

.....
pieczęć nagłówkowa oferenta

ZGŁOSZENIE OFERTOWE

| | |
|---|--|
| Pełna nazwa oferenta | |
| Województwo | |
| Adres | |
| Numery telefonu i faxu | |
| Adres e-mail | |
| Nazwisko i imię dyrektora zakładu opieki zdrowotnej | |
| Nazwisko i imię szefa ośrodka prowadzącego/odpowiedzialnego za leczenie ARV | |
| Data i numer wpisu do KRS Pełna nazwa sądu dokonującego rejestru | |
| Nazwa banku i numer konta oferenta | |

.....
Pieczęć i podpis głównego księgowego

.....
Pieczęć i podpis dyrektora

Data