

.....
Pieczęć oferenta

Zgłoszenie ofertowe

| | |
|---|--|
| Pełna nazwa oferenta | |
| Adres wraz z kodem pocztowym | |
| Województwo | |
| Numer telefonu | |
| Numer faxu | |
| Adres e-mail | |
| Nazwisko i imię Dyrektora podmiotu leczniczego (Oferenta) | |
| Organ założycielski podmiotu leczniczego (Oferenta) | |
| Data i nr wpisu do KRS lub innego właściwego dokumentu rejestrowego, nazwa i siedziba sądu | |
| Nr wpisu do rejestru ZOZ 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.....