FORMULARZ OFERTOWY

NA

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Z ZAKRESU

**WYKONYWANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DLA PACJENTÓW**  **WIELKOPOLSKIEGO CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D A N E O F E R E NTA | | |
| OFERENT*Nazwa oferenta zgodnie* *z dokumentem rejestracyjnym* |  | |
| Osoba/yUprawniona/e do reprezentowania |  | |
| **Adres siedziby firmy:**  Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer |  | |
| **Oznaczenie banku i numer konta** |  | |
| **Telefon:**  **e-mail:** | | |
| **Wpis do właściwego rejestru** | | |
| Organ dokonujący wpisu  Nr |  | |
| Organ dokonujący wpisu  Nr |  | |
| **NIP** | | **REGON** |

........................................................ Podpis Oferenta