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/y Uprawniona/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