SP ZOZ SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ W ZAKRESIE AOS W PORADNI CHORÓB PŁUC I GRUŹLICY ORAZ W PORADNI CHORÓB PLUC I GRUŹLICY DLA DZIECI

Lp.	DANE KONKURSOWE	DANE OFERENTA
1	Nazwa Oferenta Pieczątka Praktyki	
2	Adres Oferenta	
3	telefon kontaktowy	
4	e-mail @	
5	PESEL	
6	Numer prawa wykonywania zawodu	.....
7	Działalność prowadzona na podstawie wpisu do RPWDL numer :	.....

.....
Miejscowość; data

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)