

**FORMULARZ OFERTOWY
NA WYKONYWANIE PRZEZ LEKARZA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W DZIALE ANESTEZJOLOGII**

Dane dotyczące Oferenta:

(Pełna Nazwa Oferenta)

(Adres Oferenta)

PESEL _____

REGON _____

NIP _____

Nr telefonu kontaktowego _____

Adres e-mail _____

będącym specjalistą w dziedzinie _____

posiadającym prawo wykonywania zawodu Nr _____

posiadającym zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Nr _____

Podpis Oferenta

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienie:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Nr 1
41-902 Bytom, ul. Żeromskiego 7**

NIP: 6260340173; REGON: 270235840
KRS: 0000079907; Tel.: + 48 32 396 32 00; Fax: + 48 32 396 32 51

Łoraow