

FORMULARZ OFERTOWY**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji laryngologicznych**

| Lp. | DANE KONKURSOWE | DANE OFERENTA |
|-----|--|---------------|
| 1 | Nazwa Oferenta Pieczętka 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)