

FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenia zdrowotne w zakresie
okulistyki w Poradni Okulistycznej

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)