

**FORMULARZ OFERTOWY**

NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ  
W ZAKRESIE AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ W PORADNI REUMATOLOGICZNEJ ORAZ  
W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ODDZIALE REUMATOLOGII I REHABILITACJI

L. p.	DANE KONKURSOWE	DANE OFERENTA
1	Pełna nazwa oferenta	
2	Adres siedziby działalności oferenta	
3	Telefon kontaktowy	
4	PESEL	
5	Numer prawa wykonywania zawodu	
6	Działalność prowadzona na podstawie wpisu do RPWDL/ numer wpisu rejestru	

.....  
(Miejscowość; data)

.....  
(Podpis Oferenta)

*(Podpis)*