

FORMULARZ OFERTOWY

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej
w zakresie chirurgii onkologicznej**

kod.....miejscowość.....

ulica.....nr.....

województwo miejscowość.....

NIP REGON

Telefon Fax

Działalność prowadzona na podstawie wpisu do.....

.....

.....nr

Przedmiot zamówienia: wykonywanie świadczeń zdrowotnych

.....
Data i podpis Oferenta