

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
w zakresie konsultacji psychiatrycznych

Nazwa.....

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