UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY

im. Jana Mikulicza – Radeckiego
we Wrocławiu

ul. Borowska 213 **50 – 556 Wrocław**

Kancelaria: **(71) 733 12 00** *Fax:* **(71)733 12 09**

strona internetowa: www.usk.wroc.pl *e-mail:*kancelaria@usk.wroc.pl

Załącznik nr 2

OFERTA-DANE OFERENTA

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

……..

……..

Pesel:

……..

NIP:

……..

Adres zamieszkania:

……..

……..

Bank i nr rachunku:

……..

Telefon:

……..

Numer prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

……..

Posiadane specjalizacje i daty uzyskania specjalizacji oraz rozpoczęte specjalizacje

……..

……..

……..

……..

……

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli