



---

## 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

*Jesteśmy po to, żeby leczyć, kształcić i rozwijać wiedzę medyczną*