



# 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](http://www.usk.wroc.pl)*

*e-mail: [kancelaria@usk.wroc.pl](mailto: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

---

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

---

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