



---

## 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*



UNIWERSYTECKI  
SZPITAL KLINICZNY  
WE WROCŁAWIU

---

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

---

**UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU**

50-556 Wrocław, ul. Borowska 213, NIP 898-181-68-56

**kancelaria:** tel. (71) 733 12 00, fax (71) 733 12 09, e-mail [kancelaria@usk.wroc.pl](mailto:kancelaria@usk.wroc.pl); [www.usk.wroc.pl](http://www.usk.wroc.pl)