



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