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

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; www.usk.wroc.pl