**Załącznik nr 1**

**Oferta- dane Oferenta**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

……………………………………………………………………………

Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Lekarskiej,

Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego):

……………………………………………………………………………

Regon:

……………………………………………………………………………

NIP:

……………………………………………………………………………

Bank:

……………………………………………………………………………

Nr rachunku:

……………………………………………………………………………

Adres praktyki lub zakładu opieki zdrowotnej:

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

Telefon:

……………………………………………………………………………

Fax:

……………………………………………………………………………

Numer prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

....................................................................................................................

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i

data uzyskania specjalizacji):

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

……………………………………………………….

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli