



Załącznik nr 1 do SWK

konkurs na wykonywanie badań RTG z opisem dla pacjentów Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ

FORMULARZ OFERTY – DANE OFERENTA

Nazwa	
Adres	
Numery wpisów do właściwych rejestrów	
NIP	
REGON	
Imię, nazwisko oraz numer telefonu do osoby kontaktowej w zakresie składanej oferty	
Imiona, nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do podpisania umowy	
Nazwa banku	
Numer rachunku bankowego	
Miejsce wykonywania świadczeń	

.....
MIEJSCOWOŚĆ DATA

.....
PODPIS I PIECZĘĆ OFERENTA