

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta

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

REGON

.....

NIP

.....

Miejscowość

.....

Kod pocztowy

.....

Ulica, nr lokalu

.....

Telefon kontaktowy

.....

Nr konta bankowego

.....

Numer prawa wykonywania zawodu

.....

Specjalizacja

.....

Informacje dodatkowe (np. adres do korespondencji)

.....

.....
Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej

ŚREDZKIE CENTRUM ZDROWIA
SP ZOZ W ŚRODZIE ŚLĄSKIEJ
55-300 Środa Śląska, ul. Kolejowa 16A
NIP 9131631912 REGON 520248105

DYREKTOR
Średzkiego Centrum Zdrowia SP ZOZ
w Środzie Śląskiej

Joanna Wąlichowska