

**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

DYREKTOR  
Średzkiego Centrum Zdrowia SP ZOZ  
w Środzie Śląskiej  
Joanna Waluchowska  
ŚREDZKIE CENTRUM ZDROWIA  
SP ZOZ W ŚRODZIE ŚLĄSKIEJ  
55-300 Środa Śląska, ul. Kolejowa 16A  
NIP 9131631912 REGON 520248105