Wojewódzki Szpital Podkarpacki
im. Jana Pawła II w Krośnie
38 – 400 Krosno, ul. Korczyńska 57

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Oferenta:

.....

Nr wpisu do CEIDG lub KRS (organ dokonujący wpisu):

…….....

NIP.....**REGON**.....

Adres działalności gospodarczej:

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej):

… …….….....

Telefon kontaktowy: …….....…...……

Przedmiotem niniejszej oferty jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań:
…….…….…….
……...

W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

…….....……
…….....……
…….....……
…….....……
…….....……
…….....……
…….....……
…….....……
…….....……
…….....……

.....
/miejscowość i data/

.....
/pieczątka i podpis oferenta/