

.....  
pieczęć Oferenta

## ZGŁOSZENIE OFERTOWE

### 1. Dane podmiotu leczniczego:

<b>Pełna nazwa oferenta</b>	
<b>NIP</b>	
<b>REGON</b>	
<b>Adres wraz z kodem pocztowym</b>	
<b>Numer telefonu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>Nazwisko i imię osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta</b>	

### 2. Przewidywana organizacja udzielania świadczeń:

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

.....  
Data, pieczęć i podpis Oferenta