

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Oferenta oraz adres (zgodnie z właściwym rejestrem):

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

Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Lekarskiej, Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego):

.....  
 .....

REGON: .....

NIP: .....

Numer konta bankowego: .....

Telefon kontaktowy: .....

Fax: .....

Adres email: .....

Kwalifikacje zawodowe: posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji;  
posiadane certyfikaty/zaświadczenia o ukończonych kursach:

L.p.	Posiadane kwalifikacje	Stopień specjalizacji	Nr dyplomu/ certyfikatu/ zaświadczenia	Data uzyskania specjalizacji/ certyfikatu/ zaświadczenia
1.				
2.				
3.				
4.				

Doświadczenie zawodowe (lata pracy): ..... lat

Uwagi dodatkowe (w przypadku konieczności zawarcia dodatkowych informacji):

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

.....  
data i podpis Oferenta