

## DANE OFERENTA

PEŁNA NAZWA OFERENTA ORAZ ADRES (zgodnie z właściwym rejestrem):

.....

.....

.....

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

REGON: .....

NIP: .....

Telefon kontaktowy:

.....

Fax:

.....

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 o ukończonych kursach
1.				
2.				
3.				
4.				

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

Uwagi dodatkowe (w przypadku konieczności zawarcia dodatkowych informacji):

.....

data i podpis Oferenta