

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Nazwa Oferenta: _____

Adres: _____

NIP: _____

Tel. kontaktowy: _____

Adres mailowy: _____

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: _____

Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem: _____

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod numerem: _____

Data _____

Pieczęć i podpis Oferenta

* wypełnić właściwie

fu *ry*

M