



**DANE O OFERENCIE**

Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych – sedacja  
w:  
**Poradni Stomatologii Dziecięcej**

1. Pełna nazwa Oferenta:

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

2. Pesel:

.....

3. Adres zamieszkania:

.....  
.....

4. Bank i nr rachunku:

.....  
.....

5. Telefon:

.....

6. email:

.....

7. Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

.....

8. Posiadane specjalizacji i daty uzyskania specjalizacji oraz rozpoczęte specjalizacje:

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

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

