**Załącznik nr 1**

**DANE OFERENTA**

do konkursu ofert na wykonywanie badań i usług medycznych dla **Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy** w zakresie sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Pełna nazwa Oferenta zgodna z wpisem do właściwych rejestrów oraz siedziba i adres** |
| 2. | **Nazwisko i imię osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta (w przypadku prokury lub działania na podstawie pełnomocnictwa powołanie tej okoliczności)** |
| 3. | **Nr wpisu do właściwego Rejestru podmiotów leczniczych, wpisu do KRS lub informacja o wpisie do CEIDG** |
| 4. | **NIP, REGON:** |

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

Data i podpis Oferenta