**Załącznik nr 1**

**DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

do konkursu ofert na wykonywanie badań mikrobiologicznych dla pacjentów **Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Pełna nazwa Przyjmującego Zamówienie zgodna z wpisem do właściwych rejestrów oraz siedziba i adres** |
| 2. | **Nazwisko i imię osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Przyjmującego Zamówienie (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 Przyjmującego zamówienie