*Załącznik nr 1 do SWK*

na zakup procedur medycznych – usługi protetyczne *pacjentów DCM Dolmed S.A.*

FORMULARZ OFERTY – DANE OFERENTA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Numery wpisów do właściwych rejestrów |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Imię, nazwisko oraz numer telefonu do osoby kontaktowej w zakresie składanej oferty |  |
| Imiona, nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do podpisania umowy |  |
| Nazwa bankuNumer rachunku bankowego |  |

…………………………………………………….. ……………………………………………………..

MIEJSCOWOŚĆ DATA PODPIS I PIECZĘĆ OFERENTA