



Załącznik nr 1 do ogłoszenia nr 4/NB/2026 z dnia 14.09.2026

Oferta

(wzór)

Dane Oferenta	
Pełna nazwa ¹	
Forma prawna	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
NIP	
REGON	
KRS	
PKD	
Dane Osoby Wyznaczonej do Kontakt w Sprawie Współpracy	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

Potencjał rekrutacyjny pacjentów spełniających kryteria włączenia i nie spełniających kryteriów wyłączenia:

Liczba pacjentów deklarowanych do zrekrutowania:

.....
*(pieczętka i podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji)*

¹ Zgodnie z wpisem do rejestru lub ewidencji właściwym dla formy organizacyjnej.

