**Załącznik nr 1 do SWKO**

**DANE OFERENTA**

do konkursu ofert na wykonywanie badań laboratoryjnych dla pacjentów **Centrum Diagnostyczno – Leczniczego oraz Zakładu Radioterapii we Włocławku - Filii Centrum Onkologii**

|  |  |
| --- | --- |
| 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