

.....

.....

(dane Oferenta)

.....

.....

(adres)

Wykaz osób udzielających świadczeń

L.p.	Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu
1.		
2.		
3.		
4.		

.....

Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

WICEPREZES  
Mileckiego Centrum Medycznego  
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
Andrzej Szostak

WICEPREZES  
Mileckiego Centrum Medycznego  
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
Andrzej Szostak