

**Oferta**

**na partnera w celu wspólnej realizacji projektu**

**„Teleradiologia w Dolnośląskim Ośrodku Medycyny Pracy”**

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą	
Adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą	
Numer KRS lub EDG	
Numer w RWPDL	
Numer REGON	

Opis działalności

.....

.....

.....

.....

Proponowany zakres zadań do realizacji przez partnera, w tym propozycja zakresu rzeczowo finansowego

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego

.....

Data, Imię i nazwisko osoby upoważnionej do złożenia oferty