**Załącznik nr 1**  
do Konkursu ofert ogłoszonego dnia 21.11.2024 r.  
na wykonanie badań laboratoryjnych cytogenetycznych   
na rzecz *Regionalnego Szpitala   
ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg*

**Dane Identyfikacyjne Oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta: |  |
| Nazwa skrócona: |  |
| Numer statystyczny GUS (REGON): |  |
| Numer Identyfikacji Podatkowej: |  |
| Województwo: |  |
| Miejscowość: |  |
| Gmina: |  |
| Kod terytorialny wg GUS: |  |
| Ulica, nr lokalu: |  |
| Telefon: |  |
| FAX: |  |
| e-mail: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: |  |
| Numer wpisu do właściwego rejestru (KRS/wpis do ewidencji działalności gospodarczej) |  |
| Status Oferenta: |  |
| Nazwisko oraz funkcje osób reprezentujących Oferenta, upoważnionych do podpisania umowy z Zamawiającym: |  |

…………..…………. ……..……………………  
Miejscowość, data Pieczęć i podpis Oferenta