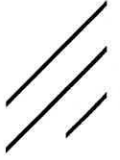




**SCTT sp. z o.o.**  
NZOZ Akademicka  
Poliklinika Stomatologiczna



Załącznik Nr 1

### DANE O OFERENCIE

Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych – sedacja

w:

### Poradni Stomatologii Dziecięcej

1. Pełna nazwa Oferenta:

.....  
.....  
.....

2. Pesel:

.....

3. Adres zamieszkania:

.....  
.....

4. Bank i nr rachunku:

.....  
.....

5. Telefon:

.....

6. email:

.....

7. Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

.....

8. Posiadane specjalizacji i daty uzyskania specjalizacji oraz rozpoczęte specjalizacje:

.....  
.....  
.....

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

Stomatologiczne Centrum Transferu Technologii Sp. z o.o.  
NZOZ Akademicka Poliklinika Stomatologiczna  
ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław

Tel.: 71 78 40 421  
E-mail: biuro@aps.wroclaw.pl  
www.aps.wroclaw.pl

NIP 897-16-67-544  
REGON 932711350

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS0000101945  
Kapitał zakładowy: 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych)  
Bank Zachodni WBK S.A. 35 Oddział we Wrocławiu nr rach. bank. 51 1500 1793 1217 9003 8580 0000

