

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa Firmy			
Adres (ulica, miejscowość, miasto)			
Dyrektor/Właściciel			
Bezpośredni kontakt			
Główny nr telefonu			
Nr telefonu czynny 24h		Fax:	
email:			
Strona www			
Osoba/dział Kontaktowa/-y dla EAP:			
Nr wpisu do Ewid./licencja/Koncesja		Rok rozpoczęcia działalności	

### Informacje Finansowe

Akceptacja gwarancji płatności faxem/mailem:			
Nr konta bankowego:			
Nazwa i adres banku:			
Ubezpieczenie OC w działalności zawodowej:		Wysokość ubezpieczenia:	
Nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego:			
Nr NIP:			

### Zakres oferowanych usług

#### WYKAZ SPECJALIZACJI w PLACÓWCE

Dentysta	T/N	Gastrolog	T/N	Okulista	T/N	Kardiolog	T/N	
Ortopeda	T/N	Ginekolog	T/N	Laryngolog	T/N	Psycholog	T/N	
Rehabilitant	T/N							
INNE:								

*Inne oferowane usługi*

.....  
Podpis i data