

Oferta- dane Oferenta

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

.....
 Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Lekarskiej, Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego):

.....
 Regon:.....

NIP:.....

Bank:.....

Nr rachunku:.....

Adres praktyki lub zakładu opieki zdrowotnej:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon:.....

Fax:.....

Numer prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:.....

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji):.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dane osoby która będzie udzielał świadczeń zdrowotnych, na potrzeby uzyskania informacji z Rejestru Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym (podstawa: art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 405) oraz § 14 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (Dz. U. poz. 1561))

1) numer PESEL:

2) pierwsze imię:

3) nazwisko:

4) nazwisko rodowe:

5) imię ojca:

6) imię matki:

7) data urodzenia:

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