

### Załącznik Nr 1 do oferty

na realizację świadczeń zdrowotnych w 2018 r. w zakresie dystrybucji surowic pacjentów wpisanych na Krajową Listę Osób oczekujących na przeszczep narządów do regionalnych pracowni typowania tkankowego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w celu wykonywania prób zgodności tkankowej dawcy z biorcą

### Dane świadczeniodawcy

1.	Pełna nazwa podmiotu leczniczego;	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym;	
3.	Adres miejsca wykonywania działalności objętej przedmiotem konkursu (tj. adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jeśli dotyczy);	
4.	Numery telefonów i faksów wraz z numerem kierunkowym;	
5.	Imię i nazwisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu;	
6.	Nr rejestru sądowego z podaniem nazwy i siedziby sądu (KRS, jeśli dotyczy);	
7.	Nr rejestru podmiotu leczniczego i wskazanie, przez kogo rejestr jest prowadzony;	
8.	Organ założycielski;	
9.	Nr konta bankowego;	
10.	NIP	
11.	REGON	
12.	Numer konta bankowego wraz z nazwą i siedzibą banku	

Pieczęć i podpis Księgowego

Pieczęć i podpis Dyrektora

Miejscowość i data