



SZPITAL POWIATOWY
W JAROCINIE

***Wniosek o podpisanie umowy na świadczenia diagnostyczne
dodatkowe wykonywane na zlecenie lekarza medycyny pracy***

| | |
|--|--|
| Przedsiębiorca (imię i nazwisko właściciela): | |
| Firma Przedsiębiorcy: | |
| Adres: | |
| Telefon: | |
| NIP: | |
| REGON: | |
| Okres na jaki ma zostać zawarta umowa: | |
| Dotyczy tylko spółek prawa handlowego | |
| Podmiot zarejestrowany w Sądzie Rejonowym w: | |
| Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: | |
| Reprezentowaną przez: | |
| Kapitał zakładowy w przypadku Spółki z o.o. i S.A. : | |

.....

Data i czytelny podpis