

FORMULARZ ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO IMPREZY

1. Dane organizatora imprezy:

Organizator:	Dane i nr tel. osoby do kontaktu:
Osoba uprawniona do reprezentowania organizatora:	Nr KRS/nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i nazwa podmiotu prowadzącego ewidencję:

2. Dane imprezy:

Data i godzina (od do....)	Nazwa imprezy:	Miejsce imprezy:
---------------------------------	----------------	------------------

3. Rodzaj zabezpieczenia

Liczba:	Rodzaj (np Zespół wyjazdowy z lekarzem, punkt pomocy medycznej)

4. Dane do faktury:

Zarejestrowana nazwa firmy	
Zarejestrowana siedziba firmy oraz adres	
NIP	
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do zawierania umów	

.....

Wypełniony formularz proszę przesłać na adres email ; sekretariat@szpital-bartoszyce.pl