**FORMULARZ KONTAKTOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Zainteresowanego Podmiotu** | **Siedziba (adres)** |
|  |  |  |
| **REGON:** |  |
| **NIP:** |  |
| **KRS** (jeśli dotyczy)**:** |  |
| **Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |

W odpowiedzi na „Zapytanie o informację” wyrażamy wstępne zainteresowanie propozycją najmu powierzchni użytkowej na terenie obiektu szpitala we Wrocławiu przy ul. Fieldorfa 2 w celu zorganizowania działalności w formie apteki.