**Załącznik Nr 1 do Zaproszenia nr 02/2024**

**Dotyczy: Narzędzie do prowadzenia Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością
i Bezpieczeństwem w NZOZ Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu sp. z o.o.**

**Zgłaszam chęć zaprezentowania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (nazwa produktu)

**Dane Wykonawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **nazwa Wykonawcy** |  |
| **adres:** ulica, nr, kod pocztowy, miasto |   |
| **adres do korespondencji** wypełnić, jeżeli jest inny od podanego powyżej) |  |
| **województwo**  |   |
| **kraj** |   |
| **telefon** |   |
| **e-mail** |  |
| **NIP** |   |
| **REGON** |  |
| **Osoba do kontaktu:** | **Pan / Pani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(data i podpis Wykonawcy)