

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG Z ZAKRESU MEDYCyny PRACY	
Nazwa firmy: Adres firmy: Adres do korespondencji: Adres e-mail: Adres e-mail do wysyłki FV: Telefon kontaktowy: NIP: REGON: W przypadku podmiotów wpisanych do Krajowego Rejestru Sądowego nr KRS: <u>Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu</u> Imię i nazwisko: Stanowisko:	
Planowana liczba kierowanych pracowników na badania z zakresu medycyny pracy	☐ do 10 osób ☐ 10 – 50 osób ☐ powyżej 50 osób

Pieczętka podmiotu:

Data i podpis Wnioskodawcy: