



PROPOZYCJA STAŁEJ WSPÓŁPRACY POMIĘDZY

.....
A POLSKIM TOWARZYSTWEM CHIRURGII RĘKI

Nazwa firmy:

Rodzaj prowadzonej działalności:

Jak wyobrażacie sobie Państwo współpracę z PTCHR

Osoba z Państwa firmy do kontaktu z PTCHR:

Imię i nazwisko

Telefon:

Email

Miejscowość, data

Podpis, pieczęć firmy