

## Ankieta partnera klastra medyczno-informatycznego

<b>Nazwa podmiotu</b>	
NIP	
REGON:	
Numer w:	
a) Krajowym Rejestrze Sądowym:	
b) Ewidencji Działalności Gospodarczej:	
Adres siedziby:	
Ulica, Nr domu, Nr lokalu :	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Numer telefonu <i>(wraz z numerem kierunkowym)</i> :	
Numer faksu <i>(wraz z numerem kierunkowym)</i> :	
Adres poczty elektronicznej <i>(opcjonalnie)</i> :	
Adres strony internetowej <i>(opcjonalnie)</i> :	
Forma prawna prowadzonej działalności	
Kod PKD/EKD podstawowej działalności gospodarczej	
Data rejestracji rozpoczęcia prowadzenia działalności <i>(miesiąc/rok)</i>	
Innowacyjny charakter prowadzonej działalności	
<i>Uzasadnienie</i>	
<b>Dane osoby/osób upoważnionych do kontaktów</b>	
Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Numer telefonu/fax <i>(wraz z numerem kierunkowym)</i>	
Numer telefonu komórkowego <i>(opcjonalnie)</i>	