

ZAŁĄCZNIK IX: FORMULARZ IDENTYFIKACJI FINANSOWEJ



FINANCIAL IDENTIFICATION

PRIVACY STATEMENT

http://ec.europa.eu/budget/execution/ftiers_fr.htm

ACCOUNT NAME

ACCOUNT NAME⁽¹⁾ Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblagu
(Provincial Integrated Hospital in Elblag)
ADDRESS ul. Królewiecka 146, (Królewiecka, Street 146)

TOWN/CITY Elblag POSTCODE 82-300
COUNTRY Polska (Poland)

CONTACT Danuta Stanicka
TELEPHONE 55/ 239-59-96 FAX 55/ 234-56-12
E - MAIL dstanicka@szpital.elblag.pl

BANK

BANK NAME PKO BP S.A.

BRANCH ADDRESS UL. Teatralna 9 (Teatralna, Street 9)

TOWN/CITY Elblag POSTCODE 82-300
COUNTRY Polska (Poland)
ACCOUNT NUMBER 82 1020 1752 0000 0602 01557370
IBAN⁽²⁾ PL82 1020 1752 0000 0602 01557370

REMARKS: The aforementioned account shall be held in Euro
SWIF BPKO PL PW

BANK STAMP + SIGNATURE OF BANK REPRESENTATIVE⁽³⁾
(Both Obligatory)

BANK POLSKI SA
REGIONALNY ODDZIAŁ KORPORACYJNY
w OLSZTYNIE
CENTRUM KORPORACYJNE w ELBLAGU
ul. Teatralna 9, 82-300 Elblag
016298263-06514

DORADCA

Joanna Tkaczuk

DATE + SIGNATURE ACCOUNT HOLDER:
(Obligatory)

Wojewódzki Szpital Zespolony
ul. Królewiecka 146
82-300 Elblag

DYREKTOR

mgr Elżbieta Celert

DATE 17-08-2012

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM

(1) The name or title under which the account has been opened and not the name of the authorized agent
(2) If the IBAN Code (International Bank account number) is applied in the country where your bank is situated

(3) In which event the stamp of the bank and the signature

DYREKTOR