**Załącznik nr 2** do Ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „ *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022 - 2026”.*

**Wzory podpisów osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LLp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Wzór podpisu** | **Wzór parafy** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |

…………………….……...

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta