|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 9** |
| ………………..………… |  |  |  |
| Pieczęć Oferenta |  |  |  |

**PEŁNOMOCNICTWO**

Upoważniam p. …………………………………….. do złożenia oferty i podpisywania dokumentów w imieniu oferenta, w tym do podpisywania oświadczeń i załączników   
w ramach uzupełniającego postępowania konkursowego na wybór realizatorów zadania   
w zakresie programu polityki zdrowotnej pn. *Krajowy program zmniejszania umieralności   
z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na lata 2016-2019* w zakresie zadania pn. wyposażenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2018 oraz realizacja programu rehabilitacji pneumonologicznej w warunkach domowych dla chorych na POChP po leczeniu zaostrzenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w szpitalu   
w roku 2018.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ....…………………………………..............……………………. |
|  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |