**Załącznik nr 2** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew
i jej składniki na lata 2015-2020” w zakresie zadania *„Przeprowadzenie pilotażowego badania stężenia ferrytyny w grupie wielokrotnych honorowych dawców krwi”* w latach 2018-2019.

**Wzory podpisów osób uprawnionych do reprezentowania oferenta**

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

………………………………

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta