**Załącznik nr 1**

*………………………*

*Pieczęć oferenta*

***Zgłoszenie ofertowe***

Do realizacji zadania „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł II – wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy” na lata 2018-2021

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta |  |
| Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| Województwo |  |
| Numer telefonu |  |
| Numer faksu |  |
| Adres e-mail  |  |
| Imię i nazwisko osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta |  |
| Dane osoby odpowiedzialnej za koordynację merytoryczną Programu w jednostce (imię, nazwisko, nr telefonu, e-mail) |  |
| Data i numer wpisu do KRS wraz z nazwą i siedzibą sądu lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |
| Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta |  |

.................................................. ...............................................

Pieczęć i podpis głównego księgowego / Pieczęć i podpis osoby lub osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe osób uprawnionych do

reprezentowania oferenta

Data..................................