………………………..  **Załącznik 1**

Pieczęć Oferenta

**Zgłoszenie ofertowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Oferenta, zgodna  z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim** |  |
| **Adres wraz z kodem pocztowym** |  |
| **Województwo** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Numer faksu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Nazwisko i imię osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta** |  |
| **Organ założycielski podmiotu leczniczego (Oferenta)** |  |
| **Data i nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego dokumentu rejestrowego** |  |
| **Nr księgi rejestrowej w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  |
| **Data złożenia wniosku do CEIDG** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nazwa banku i nr rachunku bankowego**  (na które mają być przekazywane środki na realizację programu) |  |

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