|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 5** |
| ………………..………… |  |  |  |
| 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. *Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021* w zakresie zadania pn. Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego w roku 2018.

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