**Załącznik nr 1**

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

*Pieczęć oferenta*

***ZGŁOSZENIE OFERTOWE***

do udziału w zadaniu pn. „Doposażenie zakładów radioterapii” w 2018 r.

|  |  |
| --- | --- |
| 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/ osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe osób uprawnionych do

reprezentowania oferenta

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