**Załącznik nr 1** do Ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „ *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022 - 2026”.*

………………….., dnia……………….

(miejscowość i data)

………………………….

(pieczęć Oferenta)

**Dane identyfikujące Oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **PEŁNA NAZWA ZGODNA Z WŁAŚCIWYM REJESTREM LUB DOKUMENTEM ZAŁOŻYCIELSKIM** |  |
| **ADRES SIEDZIBY** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŚLI INNY NIŻ ADRES SIEDZIBY)** |  |
| **NUMER TELEFONU** |  |
| **NUMER FAKSU** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **NAZWISKO I IMIĘ KIEROWNIKA PODMIOTU LECZNICZEGO** |  |
| **NUMER WPISU DO KRS** |  |
| **NUMER REGON** |  |
| **NUMER NIP** |  |
| **NUMER WPISU W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ** |  |

…….…………………  
 Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta