**Załącznik nr 1** do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew   
i jej składniki na lata 2015-2020” w zakresie zadania *„Przeprowadzenie pilotażowego badania stężenia ferrytyny w grupie wielokrotnych honorowych dawców krwi”* w latach 2018-2019.

………………….., 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** |  |
| **NAZWA BANKU OFERENTA, DO KTÓREGO MAJĄ BYĆ PRZELEWANE ŚRODKI Z TYTUŁU REALIZACJI PROGRAMU** |  |
| **NUMER KONTA BANKOWEGO, NA KTÓRE MAJĄ BYĆ PRZEKAZYWANE ŚRODKI Z TYTUŁU REALIZACJI PROGRAMU** |  |
| **NUMER WPISU DO KRS** |  |
| **NUMER REGON** |  |
| **NUMER NIP** |  |
| **NUMER WPISU W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ (JEŚLI DOTYCZY)** |  |

………………………………………………..

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej