………………………..  **Załącznik 1**

**Pieczęć Oferenta**

**Zgłoszenie ofertowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Oferenta** |  |
| **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 Oferenta (podmiotu leczniczego)** |  |
| **Data i nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego dokumentu rejestrowego** |  |
| **Nr wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  |
| **Data złożenia wniosku do CEIDG** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nazwa banku i nr rachunku bankowego** |  |

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