|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **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 postępowania konkursowego na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. **Poprawa dostępności do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w szkołach w 2018 r.**

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