

Załącznik nr 2

do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.2.2024.AD na realizację zadania publicznego w zakresie promocji i ochrony zdrowia – program zdrowotny pn. „Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

L.p.	Informacje o ofercie	
1.	Pełna nazwa składającego ofertę	
2.	Dokładny adres	
3.	Telefon/fax.	
4.	Adres e-mail	
5.	Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta	
6.	Organ założycielski	
7.	Nr wpisu do Rejestru Podmiotów wykonujących Działalność Leczniczą	
8.	NIP	
9.	REGON	
10.	Osoba uprawniona do kontaktów ze Zleceniodawcą w sprawie złożonej oferty (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)	
11.	Nr konta dla przekazania dotacji	

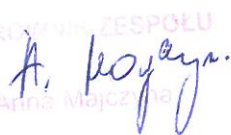
Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis oferenta

GŁÓWNY SPECJALISTA

Anna Depa

KIEROWNICZKA ZESPOŁU

Anna Majczyna

SEKTORA WYDZIAŁU

Beata Królikowska

DYREKTOR WYDZIAŁU

Beata Bugajska