

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**- Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WZiPS-IV/WP/3/2012 na realizację zadania pn.**  
**„Profilaktyka Próchnicy Zębów i Chorób Przyzębia Młodzieży**  
**Niepełnosprawnej Intellektualnie”.**

**1. Pełna nazwa składającego ofertę:**

.....  
.....

**2. Dokładny adres:.....**  
.....

miejsowość

kod pocztowy

ulica i numer .....

telefon.....fax.....

adres e-mail.....

**3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:**

.....  
.....

**4. Organ założycielski lub właściciel:**

.....  
.....

**5. Nr wpisu do rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej:**

.....

**6. NIP:** .....

**7. Regon:** .....

**8. Nazwa banku i rachunku bankowego:**.....

**9. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty**  
**(imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail) :**

.....  
.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

.....

data:

pieczętka i podpis oferenta