**Załącznik nr 2**

**do konkursu ofert nr WSS-I.2.2018.WP**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

- **Informacje o Oferencie**

na projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców miasta Szczecina”.

**1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:**

.................................................................................................................................................................................
………………………………………...........................................................................................................................

 **2.Dokładny adres:**…………………………………………………………………..……..………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..………

*ulica i numer* *miejscowość kod pocztowy*

 …………………………………………………………………………………………………………………………………
 *Telefon fax. adres e-mail*

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

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

**4. Organ założycielski** **lub właściciel:**

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

**5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada):**

.................................................................................................................................................................................

**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: pieczątka i podpis(y) oferenta lub osób uprawnionych do
 reprezentacji oferenta, w przypadku oferty
 wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców