

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
- Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WZiPS-IV/WP/4 /2012 na realizację zadania pn.  
„Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w  
Szczecinie”.**

**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