**Załącznik nr 2**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-IV.2.2015.KT na realizację zadania
pn. „Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej
dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych”**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Informacje o Oferencie**

1. **Pełna nazwa składającego ofertę:**

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

1. **Dokładny adres:** ………………….…………………......... ……………………..…..

 miejscowość kod pocztowy

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

 ulica i numer lokalu telefon fax

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

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

1. **Organ założycielski lub właściciel:**

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

1. **Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:**

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

1. **NIP:** ……………………………………..
2. **Regon:** …………………………………..
3. **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 oferenta