**Załącznik nr 2**   
do konkursu ofert nr WSS-IV.1.2017.WP

do ogłoszenia o konkursie nr WSS-IV.1.2017.WP na projekt programu polityki zdrowotnej pn**. „Wykrywanie wad i schorzeń narządu wzroku wśród uczniów klas II szkół podstawowych”.**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

1. Pełna nazwa składającego ofertę:

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………

telefon ………………………fax…………………………………………………………..

adres e-mail................................................................................................................

3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:

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

4. Nr wpisu do KRS:......................................................................................................

5. NIP: .................................................................

6. Regon: ..................................................................

7. Nazwa banku i rachunku bankowego oferenta:……………………………………….. ………………………………….………………..……………………

8. Osoba uprawniona do kontaktów z Organizatorem konkursu w sprawie złożonej oferty (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.**

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

data: podpis oferenta/ pieczątka