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

do ogłoszenia o konkursie nr WSS-IV.1.2017.AB na projekt programu polityki zdrowotnej pn. **„Zapobieganie próchnicy wśród dzieci klas VI uczęszczających do szczecińskich 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