**Załącznik nr 2**
do konkursu ofert nr WSS-IV.2.2017.AB

do ogłoszenia o konkursie nr WSS-IV.1.2017.AB 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