

Pieczętka oferenta

Zgłoszenie ofertowe
do udziału w programie Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce ostrej
białaczki u dzieci

1.pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej.
2.adres wraz z kodem pocztowym.
3. nazwa województwa.
4.organ założycielski zakładu opieki zdrowotnej.
5.nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego- rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych ZOZ, nazwa i siedziba sądu.
6.nr wpisu do rejestru ZOZ Wojewody.
7.nr NIP.
8.nr Regon.
9.Nazwa Banku; Nr Konta Bankowego:
.....
10. Imię i Nazwisko oraz nr telefonu i faxu wraz z nr kierunkowym do:
 -Dyrektora Zakładu.
 -Osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad realizacją programu.
 -Osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu.
11. Adres e-mail, na który będzie przesłana umowa na realizację programu.

.....
podpis Głównego Księgowego

.....
podpis Dyrektora