

**Zgłoszenie Ofertowe do udziału w Programie opieki nad rodzinami wysokiego
dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe:**

**M o d u ł I – Wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego,
dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika:**

1.pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej
2.adres wraz z kodem pocztowym
3.nawa województwa
4.organ założycielski zakładu opieki zdrowotnej
5.nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub
innego właściwego dokumentu rejestrowego, nazwa i siedziba sądu
6.nr wpisu do rejestru ZOZ Wojewody
7. nr NIP
8.nr Regon
9.nazwa banku i nr konta bankowego
10.Imię i Nazwisko Dyrektora
11. Nr telefonu i faxu wraz z nr kierunkowym do:
 - Dyrektora Zakładu Opieki Zdrowotnej.
 -Kierownika Poradni
 -Konsultanta Poradni.

.....
**Pieczęć i podpis
Głównego Księgowego
lub osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe**

.....
**Pieczęć i podpis
Dyrektora ZOZ**

Data.....