

Pieczętka oferenta

**Zgłoszenie ofertowe**

**do udziału w Programie badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, w zakresie realizacji szkoleń dla lekarzy kolonoskopistów i histopatologów**

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