

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

Moduł 2 - Wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy:

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 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.

.....
podpis Głównego Księgowego

.....
podpis Dyrektora