

**FORMULARZ OFERTOWY**  
 do konkursu na wybór realizatorów „Programu polityki zdrowotnej  
 w przedmiocie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla osób  
 dorosłych w stanach terminalnych choroby” w latach 2021-2023

<b>I. DANE OFERENTA</b>			
Nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)			
Forma organizacyjna:			
Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania oferenta	imię:	nazwisko:	
Adres siedziby oferenta:	kod:	miejsowość:	dzielnica, ulica i numer domu:
	numer telefonu:		numer faksu: e-mail:
Adres do korespondencji (nie wpisywać jeśli taki sam jak adres siedziby):	kod:	miejsowość:	dzielnica, ulica i numer domu:
	numer telefonu:		numer faksu: e-mail:
NIP:	REGON:		
Numer wpisu do KRS	Nr:	Data	
Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Nazwa organu dokonującego wpisu:		
	Numer:		Data rejestracji:
Adres siedziby podmiotu leczniczego			
Dyrektor/kierownik	Imię:	Nazwisko:	





<b>VI. TERMIN REALIZACJI PROGRAMU</b>		
---------------------------------------	--	--

Lublin, dnia .....

1. ....

2. ....

3. ....

*(Podpisy i pieczęcie osób upoważnionych)*

\* niepotrzebne skreślić

**Uwaga!**

- 1) Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
- 2) W miejscach, które nie dotyczą oferenta należy wpisać - nie dotyczy.
- 3) Tam, gdzie widnieje adnotacja „niepotrzebne skreślić” – bezwzględnie należy to zrobić.
- 4) Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.