……………………………………

( Pieczęć podmiotu)

**Zgłoszenie ofertowe**

1. **Dane podmiotu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Podmiotu** |  |
| **Ulica** |  |
| **Kod, miejscowość** |  |
| **Nr. telefonu** |  |
| **E-mail** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Numer podmiotu w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą** |  |
| **Osoby upoważnione do kontaktu z Organem Prowadzącym** |  |

**……………………………………**

Data, pieczęć i podpis Podmiotu