Załącznik nr l

***Pieczątka oferenta***

***Formularz zgłoszeniowy Oferenta***

**Do programu "„ Profilaktyki wczesnego wykrywania raka prostaty”.**

***Dane o Oferencie***

1. Pełna nazwa podmiotu leczniczego lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą,………………………………………………………………………………
2. Adres wraz z kodem pocztowym ………………….…………….…………………… …………………………………………………………….…………………..………

3. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego …………………………………………………………………………………………

4. Nr wpisu do rejestru ………………………………………………………………

5. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i przez kogo zaświadczenie wystawione ……………………………………………………………………………..

6. Nr NIP ………………………………………………………………………………….

1. Nr REGON ……………………………………………………………………………..
2. Imię i nazwisko oraz nr telefonu, faxu i e-mail :

* Dyrektora Zakładu ……………………………………………………………………...
* Osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad realizacją programu …………………………………………………………………………………………
* Osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu …………………….. ….
* Koordynator programu …………………………………………………………………

1. Nazwa banku oraz nr konta bankowego Oferenta …………………………………….. …………………………………………………………………………………………

Podpis dyrektora