**Załącznik nr 2**

do ogłoszenia o konkursie ofert nr WSS-IV.3.2017.WP na projekt programu polityki zdrowotnej pn**. „Program profilaktyki wad postawy i schorzeń narządu ruchu wśród uczniów klas I szczecińskich szkół podstawowych”.**

 **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

1. Pełna nazwa składającego ofertę:

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

 2.Dokładny adres:…………………………………..……..………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

 telefon ………………………fax…………………………………………………………..

 adres e-mail................................................................................................................

3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:

.........................................................................................................................................

4. Nr wpisu do KRS:......................................................................................................

5. NIP: .................................................................

6. Regon: ..................................................................

7. Nazwa banku i rachunku bankowego oferenta:……………………………..………….. ………………………………….………………..…………………………………………….…

8. Osoba uprawniona do kontaktów z Organizatorem konkursu w sprawie złożonej oferty (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.**

....................... ……..........................................

 data: podpis oferenta/ pieczątka