

Załącznik nr 2

do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.3.2025.AD na realizację zadania publicznego w zakresie promocji i ochrony zdrowia pn. „Opracowanie i realizacja programu oddziaływań terapeutycznych skierowanego do mieszkańców Szczecina problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych i ich bliskich”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

L.p.	Informacje o ofercie	
1.	Nazwa podmiotu leczniczego/oferenta	
2.	Dokładny adres	
3.	Telefon/fax.	
4.	Adres e-mail	
5.	Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta	
6.	Organ założycielski	
7.	Nr wpisu do Rejestru Podmiotów wykonujących Działalność Leczniczą	
8.	NIP	
9.	REGON	
10.	Osoba uprawniona do kontaktów ze Zleceniodawcą w sprawie złożonej oferty (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)	
11.	Nr konta dla przekazania dotacji	

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis oferenta

GŁÓWNY SPECJALISTA

Anna Depa

KIEROWNIK ZESPOŁU

Anna Majczyńska

Z-CIA DYREKTORA WYDZIAŁU

Agnieszka Królikowska

M. B. G. M. B. G.

Marcin Biskupski