**Załącznik Nr 1 do Zaproszenia nr 03/2024**

**Dotyczy: Opracowanie wniosku o objęcie wsparciem ze środków planu rozwojowego przedsięwzięcia realizowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy   
i Zwiększania Odporności – komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość sytemu ochrony zdrowia”, inwestycji D4.1.1 Rozwoju opieki długoterminowej poprzez modernizacji poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym oraz w przypadku uzyskania przez Zamawiającego dofinansowania – jego rozliczenie.**

**Zgłaszam chęć uczestnictwa w negocjacjach:**

**Dane Wykonawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **nazwa Wykonawcy** |  |
| **adres:** ulica, nr, kod pocztowy, miasto |  |
| **adres do korespondencji**  wypełnić, jeżeli jest inny od podanego powyżej) |  |
| **województwo** |  |
| **kraj** |  |
| **telefon** |  |
| **e-mail** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Osoba do kontaktu:** | **Pan / Pani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(data i podpis Wykonawcy)