

WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW
Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń:.....

UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			

data sporządzenia

dyrektor OW *

świadczeniodawca **

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy -zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem