**Wniosek typu I o dofinansowanie zakupu**

do Fundacji Towarzystwo Przyjaciół Centrum Zdrowia Dziecka  
im. dr Jolanty Chmielik z dnia..............................

**Wnioskodawca** (Tytuł lub stopień́ naukowy, imię̨, nazwisko, nr. tel.): ………………………………………………………………………………

Klinika/Oddział/Poradnia/Pracownia ………………………………………………………………………………

**Przedmiot zakupu**  ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie** ...............................................................................................

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

**Koszty zakupu:**

Oferta 1 producent, kwota brutto ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

Oferta 2 producent, kwota brutto ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

Oferta 3 producent, kwota brutto ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

Podpis wnioskodawcy………………………………………………………

**Opinia bezpośredniego przełożonego** ....................................................

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

**Opinia Działu Zakupów/ Działu Zarządzania Infrastrukturą/ Działu Aparatury Medycznej**

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

**Opinia przedstawiciela Dyrekcji IP CZD**

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

UWAGA! Wnioskodawca zobowiązuje się̨, pod rygorem cofnięcia pozytywnej decyzji Zarządu Fundacji, do złożenia w Fundacji krótkiej notki informacyjnej z realizacji wniosku w terminie 7 dni.

/podpis Wnioskodawcy/ ……………………………………………………

Załączniki (niepotrzebne skreślić́):

1. Przykładowe trzy różne oferty na zakup urządzenia, którego wniosek dotyczy
2. Inne

OPINIA ZARZĄDU FUNDACJI Warszawa………………….