**Załącznik do oferty na objęcie opieką stomatologiczną dzieci i młodzieży – uczniów szkół dla których Gmina Miasto Stargard jest organem prowadzącym**

Pieczęć oferenta

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

1. Dane o podmiocie :

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta |  |
| Adres i dane kontaktowe ( tel. e-mail ) |  |
| NIP |  |
| Regon |  |
| Numer podmiotu we właściwym  wpisie podmiotów prowadzących  działalność leczniczą |  |
| Osoba odpowiedzialna za  realizację zadania objętego ofertą |  |
| Osoba upoważniona do  reprezentowania podmiotu |  |

2. Przewidywana organizacja udzielania świadczeń, w tym dni, godziny, w tym w okresie wakacji i ferii zimowych :

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

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

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

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

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

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

Oświadczam, że wszystkie dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

Podpis oferenta : …......................................