

**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 : .....