**WSTĘPNA DEKLARACJA**

podmiotu leczniczego składającego ofertę na realizację zadania – objęcie opieką stomatologiczną dzieci i młodzieży – uczniów i wychowanków placówek oświatowych
z terenu Gminy Połczyn – Zdrój

1. Pełna nazwa Oferenta:

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

1. Adres, telefon, e-mail :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. REGON ……………………….. NIP………………………………………………..
2. Numer podmiotu w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą

…………………………………………………………………………………………

1. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem ( imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu i składania oświadczeń woli
w imieniu podmiotu

………………………………………………………………………………………....

1. Wskazanie, której placówki/których placówek dotyczy zgłoszenie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 ( miejscowość i data ) ( pieczęć i podpis Oferenta)