**Załącznik do zapytania ofertowego na świadczenie usług opieki stomatologicznej nad uczniami**

1) Informacja o podmiocie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa oferenta |  |
| 2 | Adres siedziby gabinetu |  |
| 3 | Adres do korespondencji |  |
| 4 | Telefon, adres poczty elektronicznej |  |
| 5 | NIP |  |
| 6 | REGON |  |
| 7 | Numer podmiotu we właściwym wpisie podmiotów prowadzących działalność leczniczą |  |
| 8 | Nazwa rejestru w którym dokonano wpisu |  |
| 9 | Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem (imię, nazwisko, nr telefonu, adres email):Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem (imię, nazwisko, nr telefonu, adres email):Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem (imię, nazwisko, nr telefonu, adres email): |  |
| 10 | Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu i składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu |  |

2) Przewidywana organizacja udzielania świadczeń (z uwzględnieniem dni i godzin przyjmowania uczniów)

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

3) Przewidywane działania w ramach promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki zębów
u uczniów:

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

…………………………

 podpis oferenta