**Załącznik do oferty z zakresu opieki zdrowotnej (stomatologicznej) nad uczniami - szkół podstawowych z terenu Gminy Miasto Kraśnik**

………………………………………….

(pieczęć oferenta)

1. Dane o podmiocie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pena nazwa oferenta |  |
| 2 | Adres i dane kontaktowe (nr tel. email) |  |
| 3 | NIP |  |
| 4 | Regon |  |
| 5 | Numer podmiotu we właściwym wpisie podmiotów prowadzących działalność leczniczą |  |
| 6 | Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego ofertą |  |
| 7 | Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu |  |

1. Przewidywana organizacja udzielania świadczeń (dni, godziny, okres wakacji, ferii).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Załączniki:

………………………………………….

(podpis oferenta)