

FORMULARZ

zgłoszenia przez podmiot leczniczy oferty na realizację zadania- objęcie opieką stomatologiczną dzieci i młodzieży- uczniów szkół podstawowych z terenu miasta Świdwin.

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Adres, telefon, e-mail:

3. REGON..... NIP

4. Numer podmiotu w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą

.....

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

.....

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

.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)