

FORMULARZ

Zgłoszenia przez podmiot leczniczy oferty na realizację zadania - objęcie opieką stomatologiczną dzieci i młodzieży - uczniów szkół podstawowych z terenu gminy Dolice

1) Informacja o podmiocie:

1.	Pełna nazwa oferenta	
2.	Adres siedziby gabinetu	
3.	Adres do korespondencji	
4.	Telefon, adres poczty elektronicznej	
5.	NIP	
6.	REGON	
7.	Numer podmiotu we właściwym rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą	
8.	Nazwa rejestru w którym dokonano wpisu	
9.	Ilość godzin udzielenia świadczeń w jednym tygodniu	
10.	Miejsce realizacji świadczeń opieki stomatologicznej	
11.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania/ upoważniona do podpisania	

2) Informacja o posiadanym personelu medycznym

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Staż pracy

3) 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:

.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że w przypadku, gdy moja oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza, zobowiązuję się do zawarcia porozumienia z zamawiającym we wskazanym przez niego miejscu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionej przeze mnie ofercie, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyłonienia ofert, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 119/1 z dnia 04.05.2016r.).

.....
podpis oferenta