**FORMULARZ**

**zgłoszenia przez podmiot leczniczy oferty na realizację zadania - objęcie opieką stomatologiczną dzieci i młodzieży – uczniów szkół podstawowych
z terenu Miasta Mława**

* 1. **Dane o podmiocie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pełna nazwa oferenta |  |
| 2 | Adres wraz z kodempocztowym, telefon, email, fax |  |
| 3 | NIP |  |
| 4 | Regon |  |
| 5 | Numer podmiotu w Rejestrze Podmiotów ProwadzącychDziałalność Leczniczą |  |
| 6 | Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem (imię, nazwisko,telefon, adres, email) |  |
| 7 | Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu i składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu. |  |

* 1. **Informacja o personelu medycznym:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko, imię | Kwalifikacje | Staż pracy |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. **Organizacja udzielania świadczeń, w tym dni i godziny udzielania świadczeń także w okresie wakacji i ferii:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

# Informacje dodatkowe – w tym m.in. doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych lub prowadzenia tego typu usług w szkole:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

# Oświadczam, że wszystkie podane w zgłoszeniu i załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym

podpis oferenta

……………………………………………

załączniki:

1. ……………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………