

**„Opieka stomatologiczna nad uczniami szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wielopole Skrzyńskie”**

**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	<b>Ilość godzin udzielenia świadczeń w jednym tygodniu</b>	
10	Miejsce realizacji świadczeń opieki stomatologicznej	
11	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania/ upoważniona do reprezentowania podmiotu	
12	Wykaz szkół dla których składana jest oferta (numer/y z tabeli z zapytania)	

**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:**

.....  
 .....

Oświadczam, że w przypadku, gdy moja oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza, zobowiązuję się do zawarcia umowy 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 9UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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