

FORMULARZ

zgłoszenia przez podmiot leczniczy oferty na realizację zadania - objęcie opieką stomatologiczną uczniów szkół , dla których organem prowadzącym jest Powiat Sierpecki

I. Dane o podmiocie:

1.	Pełna nazwa oferenta	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, email, fax	
3.	NIP	
4.	Regon	
5.	Numer podmiotu w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność 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.	

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. 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)

Administratorem Państwa danych osobowych jest Starosta Sierpecki. Przetwarzamy Państwa dane osobowe wyłącznie w celu wykonania zadań Administratora, które wynikają z przepisów prawa oraz zadań realizowanych w interesie publicznym. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia i wniesienia sprzeciwu. Więcej informacji znajdą Państwo na stronie www.sierpc.starostwo.gov.pl w zakładce ochrona danych osobowych w menu przedmiotowym.