**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Oferenta

Adres Oferenta

tel. stacjonarny , tel. kom.

fax: , e-mail:

W odpowiedzi na ogłoszenie składam ofertę na „**świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży szkół dla których organem prowadzącym jest Powiat Lubaczowski, finansowane ze środków publicznych”.**

OFERUJEMY REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ NA ZASADACH I ZGODNIE Z USTAWĄ O OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078).

Oferowana liczba uczniów dla których zostanie zapewniona opieka stomatologiczna w zakresie

zgodnym z ustawą o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 poz. 1078) wynosi …………………….(słownie:…………………….....................).

Oświadczamy, że dla powyższej liczby uczniów zostanie zapewniona opieka stomatologiczna w zakresie zgodnym z ustawą o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 poz. 1078) oraz zostaną spełnione warunki zawarte w ww. ustawie i zapisach porozumienia w przypadku wyboru naszej oferty. Ponadto zobowiązujemy się do zawarcia porozumienia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Starostę Powiatu Lubaczowskiego.

 ………………………………………………………

Data i podpis właściciela, upełnomocnionego przedstawiciela