

## FORMULARZ

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

### I. Dane o podmiocie:

1.	Pełna nazwa oferenta	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, e-mail, 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, e-mail)	
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 Płoński. 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 <https://www.powiat-plonski.pl/> w zakładce ochrona danych osobowych w menu przedmiotowym.