………………………..  **Załącznik 1**

**Pieczęć Oferenta**

**Zgłoszenie ofertowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Oferenta** |  |
| **TERYT** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Adres wraz z kodem pocztowym** |  |
| **Województwo** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Numer faksu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Nazwisko i imię osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta** |  |
| **Nazwa banku i nr rachunku bankowego** |  |
| **Pełna nazwa i adres szkoły, w której będzie utworzony gabinet stomatologiczny** |  |
| **Pełna nazwa, adres i numer RPWDL podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z którym zawarto porozumienie o współpracy** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………… |  | ………………………………………………… |
| Data, pieczęć i podpis osoby  odpowiedzialnej za sprawy  finansowe Oferenta |  | Data, pieczęć i podpis osoby /osób  upoważnionych do reprezentacji  Oferenta |