

.....  
**Pieczęć Oferenta**

**Zgłoszenie ofertowe realizacji Programu pn.:  
„Objęcie opieką stomatologiczną dzieci i młodzież szkół podstawowych,  
dla których organem prowadzącym jest Gmina Węgorzyno”**

Pełna nazwa Oferenta	
NIP	
REGON	
Adres wraz z kodem pocztowym	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Imię i nazwisko osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta	

2. Przewidywana organizacja udzielania świadczeń :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Załączniki :

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

.....

Data i miejsce

.....

Pieczęć i podpis Oferenta