**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Oferenta ...............................................................................................................................

Adres Oferenta .................................................................................................................................

tel. stacjonarny ............................................................. , tel. kom. ………...………………………

fax .......................................................................... e-mail: ………………….……………………

W odpowiedzi na ogłoszenie SKŁADAMY OFERTĘ na

**„świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży Zespołu Szkół Technicznych im. gen. Władysława Andersa w Białymstoku, finansowane ze środków publicznych”**.

**1. 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 657 (słownie: sześćset pięćdziesiąt siedem)

**2. CZAS DOJAZDU AUTOBUSEM KOMUNIKACJI MIEJSKIEJ DO GABINETU:**

nie wymaga dojazdu \*

 do 20 minut \*

 powyżej 20 do 40 minut \*

 powyżej 40 do 60 minut \*

*\* Zaznaczyć właściwe*

**UWAGA!!! Nie zaznaczenie żadnej z ww. możliwości lub zaznaczenie więcej niż jednej możliwości skutkować będzie odrzuceniem oferty.**

**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.**

**3.** Zobowiązujemy się do zawarcia porozumienia w miejscu i terminie wyznaczonym przez dyrektora szkoły.

……………………………………………….

*Data i podpis właściciela, upełnomocnionego przedstawiciela*