

**Formularz wstępnej deklaracji współpracy
w zakresie realizacji opieki stomatologicznej dla uczniów szkół
prowadzonych przez Miasto Radzyń Podlaski**

** proszę wstawić znak „x” przy nazwie szkoły, której dotyczy współpraca*

- Szkoła Podstawowa Nr 1 im. Bohaterów Powstania Styczniowego w Radzynie Podlaskim
 Szkoła Podstawowa Nr 2 w Radzynie Podlaskim

1.
.....

Pełna nazwa wykonawcy usługi

2.
.....

Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, e-mail, fax

3.

REGON

4.

NIP

5.

Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego ogłoszeniem
(imię, nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)

6. Osoba upoważniona do reprezentowania i składania oświadczeń woli

.....
Data i podpis

Ewentualne uwagi do projektu porozumienia w sprawie współpracy w zakresie realizacji opieki stomatologicznej dla uczniów szkół prowadzonych przez Miasto Radzyń Podlaski

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

.....
Data i podpis