

Prosimy o odesłanie uzupełnionego  
i podpisanego formularza.  
O uczestnictwie w programie decyduje  
kolejność zgłoszeń.

**Pelargos Sp. z o.o.**  
Aleja Prymasa Tysiąclecia 46,  
01-242 Warszawa,  
tel. 022 837 96 85  
Fax: 022 378 29 54

**FORMULARZ UCZESTNICTWA W OGÓLNOPOLSKIM PROGRAMIE**

**EDUKACJI STOMATOLOGICZNEJ „NIESAMOWITY ŚWIAT HIGIENY JAMY USTNEJ”**

Deklaruję, że Szkoła Podstawowa .....  
chce uczestniczyć w ogólnopolskim programie edukacji stomatologicznej „Niesamowity świat higieny jamy ustnej”.

data ..... podpis Dyrektora placówki i pieczęć placówki .....

.....

osoba odpowiedzialna za koordynację Programu na terenie szkoły (imię i nazwisko, stanowisko)

.....

Adres e-mail i numer telefonu (wraz z numerem kierunkowym) osoby koordynującej Program na terenie szkoły. Dane te będą przetwarzane przez Organizatora wyłącznie w celu realizacji programu „Niesamowity świat higieny jamy ustnej”.

.....

nazwa placówki

.....

kod pocztowy

miejsowość

.....

ulica

numer domu

.....

numer telefonu placówki (wraz z numerem kierunkowym)

adres e-mail placówki

Prosimy o podanie poniższych informacji, w celu dostarczenia odpowiedniej ilości materiałów :

**Liczba klas „0” w roku 2019/2020** .....

**Liczba dzieci w klasach „0” w roku 2019/2020** .....

**Liczba pierwszych klas w roku 2019/2020** .....

**Liczba dzieci w pierwszych klasach w roku 2019/2020** .....

**Liczba pozostałych klas z dziećmi 7-letnimi w roku 2019/2020** .....

**Liczba dzieci w pozostałych klasach z dziećmi 7-letnimi w roku 2019/2020** .....