

Urząd Miejski w Choroszczy  
ul. Dominikańska 2  
16-070 Choroszcz  
tel. 85-713-22-17 fax: 85-719-18-39

.....  
Pieczętka firmowa oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU NA WYBÓR REALIZATORA  
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W ROKU 2018 Z ZAKRESU  
PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ OKREŚLONEJ W PROGRAMIE  
POLITYKI ZDROWOTNEJ „GRYPOODPORNİ 65+”**

<b>Lp. I. DANE OFERENTA</b>			
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)		
2.	Adres siedziby wraz z kodem pocztowym	kod pocztowy:	
		miejsowość:	
		ulica i numer lokalu:	
		e-mail:	nr tel.:
			nr faksu:
3.	Forma organizacyjna		
4.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta		
5.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
6.	Nr KRS		
7.	NIP		
8.	Regon		
9.	Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
10.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)		
11.	Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)		
12.	Nazwa banku		
13.	Numer konta		
<b>II. INFORMACJE O WARUNKACH LOKALOWYCH</b>			
<b>III. INFORMACJE O WYPOSAŻENIU MEDYCZNYM POMIESZCZEŃ, W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM</b>			

**IV. INFORMACJE O CZASIE PRACY OFERENTA (OD GODZ. DO GODZ.), DNIACH TYGODNIA, MIEJSCU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**V. INFORMACJE O LICZBIE I KWALIFIKACJACH PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ**

Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu	Kwalifikacje zawodowe

**VI. PROPONOWANY TERMIN REALIZACJI PROGRAMU** od ..... do .....

**VII. KALKULACJA KOSZTÓW**

Proponowany koszt całkowity realizacji programu w odniesieniu do 1 osoby podlegającej szczepieniu	
---	--

**VIII. ZAKŁADANA LICZBA WYKONANYCH SZCZEPIEŃ**

Proponowana liczba osób podlegających zaszczepieniu w ramach programu	
---	--

<b>IX. Całkowity koszt realizacji zadania</b> (stanowiący iloraz jednostkowego kosztu całkowitego realizacji programu na rzecz 1 osoby oraz liczby osób podlegających zaszczepieniu w ramach programu)	
--	--

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z dokumentami konkursowymi, jestem świadomy/a praw i obowiązków wynikających ze złożenia oferty i wybrania jej do realizacji oraz zobowiązuję się do spełnienia wszystkich wymagań konkursowych.

.....

*Miejscowość, data*

.....

*Podpis i pieczęć osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta*

**Uwaga!**

1. Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
2. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
3. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
4. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.
5. Do oferty należy dołączyć wszelkie wymagane dokumenty i oświadczenia wskazane w ogłoszeniu o konkursie.

