

Załącznik nr 2 do  
ogłoszenia konkursu ofert  
na realizację programu zdrowotnego  
w 2015r.

.....  
(pieczęćka oferenta)

## FORMULARZ OFERTOWY

.....  
.....  
(nazwa programu)

### **I. DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTE:**

1.	Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o zamówienie	
2.	Siedziba	
3.	Nr telefonu	
4.	Nr faxu	
5.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub innego rejestru	
6.	NIP	
7.	REGON	
8.	Nr konta bankowego	
9.	Kierownik zakładu	
10.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr telefonu)	
11.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie umowy (imię i nazwisko, nr telefonu)	
12.	Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię i nazwisko, nr telefonu)	
13.	Miejsce realizacji zadania	

**II ZASOBY KADROWE – kwalifikacje zawodowe osób biorących udział w realizacji programu i udzielających świadczeń zdrowotnych:**

I.p.	Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe
1.		
2.		
3.		

**III KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA:**

1.	Proponowana ilość świadczeń (ilość osób)	
2.	Cena jednostkowa szczepienia	
3.	Łączna kwota oferty (poz. 1 x poz. 2)	

**Oferent oświadcza, że:**

- zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu ofert,
- posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem zamówienia,
- osoby, które będą wykonywały świadczenia zdrowotne posiadają uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie OC),
- zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i czasie określonym przez „udzielającego zamówienie”.

.....  
(pieczęćka oferenta)

.....  
( data i podpis osoby upoważnionej)

**Załącznik do oferty:**

- aktualny wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub z innego rejestru