

.....
 (pieczęćka oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Program polityki zdrowotnej - Program szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia.

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)	

.....
(pieczęćka oferenta)

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

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),

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

Załącznik do oferty:

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

Alkohol

