

Pieczętka Oferenta

FORMULARZ OFERTY

Dotyczący wyboru w 2019 roku realizatora programu polityki zdrowotnej p.n. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Gniezna w wieku 60 lat i więcej”.

I DANE OFERENTA

1. Nazwa i siedziba podmiotu działalności leczniczej:

.....
.....

2. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....
.....

3. Numer NIP:

4. Numer REGON:

5. Nazwa banku i numer konta bankowego:

.....

6. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....

7. Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię, nazwisko, nr tel.)

.....

8. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie umowy (imię, nazwisko, nr tel.)

.....

9. Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię, nazwisko, nr tel.)

.....

II WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE W SPRZĘT DO REALIZACJI ZADANIA

1. Pomieszczenia:

	Liczba	Tak *	Nie*
Pomieszczenia do wykonywania szczepień			
Wydzielona rejestracja			
Gabinet lekarski			

* Zaznaczyć właściwe

2. Aparatura i sprzęt medyczny:

.....

.....

.....

III KWALIFIKACJE OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROGRAMIE

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe

IV KALKULACJA KOSZTÓW

Stawki winny być podane w kwotach brutto

Ilość osób do zaszczepienia -

1.	Cena jednostkowa usługi za podanie szczepionki (tj. koszt szczepionki, koszt badania wstępnego, koszt materiałów jednorazowego użytku, koszt z tytułu opłat, koszt wynagrodzeń dla personelu itp.).	Kwota brutto
3.	Całkowity koszt wszystkich szczepień (liczba osób do zaszczepienia x cena szczepienia dla 1 osoby)	Kwota brutto

V INFORMACJE O UŻYTEJ SZCZEPIONCE

Nazwa:.....

Rok produkcji.....

Nazwa producenta szczepionki.....

VI PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY

.....

.....

VII PODPISY OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA:

Załączniki – 7:

1. Oświadczenie, o którym mowa w § 7 pkt 1 Regulaminu organizowania konkursu ofert na wybór w 2019 roku realizatora programu polityki zdrowotnej p.n. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Gniezna w wieku 60 lat i więcej”,
2. Kserokopia aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
3. Kserokopia aktualnego wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu,
4. Kserokopia statutu podmiotu działalności leczniczej,
5. Kserokopia zaświadczenia o nr NIP,
6. Kserokopia zaświadczenia o nr REGON,
7. Kserokopia polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.