

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący realizacji w 2019 roku Powiatowego Programu Polityki Zdrowotnej
pn. „Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy w powiecie krośnieńskim na lata 2015-2020”

I. Dane wykonawcy:

I. Dane wykonawcy:		Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)
1. Nazwa wykonawcy		
2. Adres		
3. Telefon, fax, e-mail		
4. NIP		
5. REGON		
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i rejestru sądowego (załączyć aktualne wyciągi z rejestrów)		
6. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków i składek na ZUS		
7. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem (telefon kontaktowy)		
8. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem (telefon kontaktowy)		

II. Informacja o bazie sprzętowej i warunkach lokalowych:

1. Wykaz rodzaju sprzętu i materiałów medycznych posiadanych przez wykonawcę, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem umowy		
2. Oświadczenie, że sprzęt i materiały medyczne, używane do realizacji programu, spełniają wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa		
3. Warunki lokalowe niezbędne do realizacji zadania objętego konkursem		
4. Termin i miejsce realizacji szczepień		

III. Informacja o personelu medycznym przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:

(wraz z kopiami dokumentów kwalifikacyjnych)

Lp.	Imię i nazwisko	Realizowane zadanie	Kwalifikacje zawodowe	Numer prawa wykonywania zawodu	Inne dokumenty uprawniające do realizacji świadczeń

IV. Cena oferty.

.....

V. Kalkulacja kosztów zamówienia.

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia wraz z kalkulacją elementów należności i kalkulacją kosztów jednego szczepienia (w pełnych złotych).

Elementy należności dla 253 dziewcząt (zakładana liczba dziewcząt objętych świadczeniem)	Koszt jednorazowego szczepienia jednego dziecka (brutto)	Całkowity koszt oferty (brutto)
Zakup szczepionki		
Realizacja szczepień, w tym: a/ kwalifikacyjne badanie lekarskie b/ podanie szczepionki c/ utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów		
Inne koszty realizacji zamówienia (np. działania promocyjno-edukacyjne, administracyjno- biurowe, itp.)		
RAZEM słownie:..... słownie:.....

VI. Przebieg realizacji zadania:

a. dostępność do świadczeń (dni tygodnia, godziny, miejsce):

.....

b. sposób naboru uczestników programu:

.....

c. sposób rejestrowania i przyjmowania zainteresowanych:

.....

d. propozycja działań promocyjno- edukacyjnych (materiały informacyjne, sposoby przekazu itp.):

.....

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

Miejscowość....., dnia