

Pieczętka firmowa oferenta

Formularz oferty

na realizację zadania pn. **Program profilaktyki grypowej wśród osób dorosłych – szczepienia ochronne przeciwko grypie sezonowej w roku 2018**

I. Dane o ofercie		
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym	
3.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład	
4.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody	
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów	
6.	NIP	
7.	Regon	
8.	Osoba(-y) upoważniona(-e) do reprezentowania oferenta (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
10.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
II. Informacje o personelu medycznym realizującym program		
1.	Lekarz	
2.	Pielęgniarka	

III. Plan rzeczowo – finansowy		
1.	Liczba osób powyżej 65 roku życia, zarejestrowanych w zoz oferenta	

2.	Proponowana liczba szczepień do realizacji w 2018 r.		
3.	Oferowana cena wykonanie jednego szczepienia (zakup szczepionki, badanie kwalifikujące, podanie szczepionki)		
4.	Wartość oferty dla liczby osób podanej w punkcie 2.		
5.	Nazwa handlowa szczepionki		
IV. Inne informacje			
1.	Czy oferent uczestniczył w realizacji programów profilaktycznych w zakresie zgodnym z programem (proszę wpisać tak lub nie) Kto finansował badania ? Wielkość zaszczepionej populacji?		
2.	Miejsce (adres) realizacji programu		
3.	Dostępność: dni tygodnia i godziny przeznaczone wyłącznie na realizację programu		

Potwierdzam, że spełniamy warunki określone w ogłoszeniu na realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki grypowej wśród osób dorosłych – szczepienia ochronne przeciwko grypie sezonowej osób powyżej 65 roku życia”

🏠 Oświadczam, że zapoznaliśmy się z programem polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki grypowej wśród osób dorosłych – szczepienia ochronne przeciwko grypie sezonowej osób powyżej 65 roku życia”, treścią ogłoszenia oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

🏠 Oświadczam, że posiadamy sprzęt medyczny i warunki lokalowe niezbędne do realizacji ww. zadania.

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć imienna upoważnionego(-ych)
przedstawiciela(-li) Wykonawcy