

Gmina Miasto Świnoujście
ul. Wojska Polskiego 1/5
72-600 Świnoujście

.....
Pieczętka firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatorów
programu zdrowotnego dla mieszkańców Miasta Świnoujście w 2013 r:**

**Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Miasta
Świnoujście w wieku od 60 r.ż.**

Lp.	I. DANE OFERENTA		
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)		
2.	Adres wraz z kodem pocztowym,		
		Numer tel:	Numer faksu:
			E-mail:
3.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta		
4.	Nazwa organu rejestrującego i nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność lecniczą		
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego		
6.	NIP		
7.	Regon		
8.	Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)		
10.	Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)		
11.	Nazwa banku		
12.	Numer konta		

II. WARUNKI LOKALOWE**III. PODSTAWOWE INFORMACJE O APARATURZE I SPRZĘCIE MEDYCZNYM DO REALIZACJI PROGRAMU****IV. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB REALIZUJĄCYCH PROGRAM**

Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu	Kwalifikacje zawodowe
---	-----------------------

V. DNI I GODZINY REALIZACJI PROGRAMU NIE POWODUJĄCE KOLIZJI Z DZIAŁALNOŚCIĄ NIE OBJĘTĄ UMOWĄ, KTÓRA ZOSTANIE ZAWARTA Z GMINĄ-MIASTO ŚWINOUJŚCIE NA REALIZACJĘ NINIEJSZEGO PROGRAMU

VI. PROPONOWANY TERMIN REALIZACJI PROGRAMU

VII. KALKULACJA KOSZTÓW

Liczba osób od 60 roku życia zapisanych do podmiotu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	
Liczba osób od 60 roku życia zapisanych do innego podmiotu (podać pełną nazwę zgodnie z pkt. IV, ppkt. 4 Szczegółowych warunków konkursu ofert)	
Proponowany koszt wykonania 1 dawki szczepienia w zł	
Łączny koszt realizacji programu w zł (liczba osób x cena 1 dawki szczepienia)	

.....

.....

Miejscowość, data

.....

*Podpis i pieczęć osoby/osób
upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*

Uwaga!

- 1.Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
- 2.Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
- 3.Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
- 4.Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
- 5.Do oferty należy dołączyć oświadczenia i dokumenty wymienione w „Szczegółowych warunkach

konkursu”.

.....
Pieczętka firmowa oferenta

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i szczegółowymi warunkami konkursu na realizację w roku 2013 programu zdrowotnego dla mieszkańców Miasta Świnoujście.
2. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach

.....
(nazwa podmiotu leczniczego - oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz. U. poz. 739 z późn. zm.).

3. Oświadczam, że.....

(nazwa podmiotu leczniczego - oferenta)

realizuje w 2013 roku świadczenia zdrowotne w rodzaju POZ na podstawie umowy
nr.....,

z dnia

podpisanej z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świnoujście, dn.

.....

*Podpis i pieczętka osoby/osób
upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*