

Urząd Gminy Kołobrzeg  
ul. Trzebiatowska 48a, 78-100  
Kołobrzeg

.....  
Pieczęć firmowa oferenta

Oferta realizacji w roku 2020 programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny Program Profilaktyki Grypy dla Mieszkańców Gminy Kołobrzeg w wieku 65 +

Lp.	I. DANE OFERENTA	
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, numer tel numer faksu adres e-mail	
3.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta	
4.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
5.	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., adres e-mail)	
10.	Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)	
11.	Nazwa banku	
12.	Numer konta	
<b>II. KALKULACJA KOSZTÓW</b>		
	Koszt wykonania 1 dawki szczepienia w zł	
	Liczba osób, które zostaną objęte programem	
	Łączny koszt realizacji programu w zł (liczba osób x cena 1 dawki szczepienia)	
<b>III. LICZBA OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PROGRAMU ORAZ ICH</b>		

<b>KWALIFIKACJE</b>	
Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu	Kwalifikacje zawodowe
<b>IV. WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM</b>	
<b>V. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W DZIEDZINIE OBJĘTEJ PROGRAMEM</b>	
<b>I. HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU</b>	
Rodzaj zadania	Termin realizacji
Kampania informacyjna	
Akcja edukacyjna	
Wykonanie szczepienia poprzedzonego badaniem kwalifikacyjnym do szczepienia	
<b>VI. MIEJSCE WYKONYWANIA SZCZEPIENIA, TERMIN REALIZACJI (data, godzina)</b>	

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora w roku 2020 programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny Program Profilaktyki Grypy dla Mieszkańców Gminy Kołobrzeg w wieku 65 +” oraz że przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jego treści
- 2) świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach, które pod względem

technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 595)

- 3) cena wskazana w ofercie uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją programu,
- 4) dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Kołobrzeg, dnia.....

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

**Uwaga!** Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.

1. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
2. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając pustych miejsc. W przypadku rubryk, których wypełnianie nie dotyczy danego oferenta należy wpisać "nie dotyczy".
3. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
4. Do oferty należy dołączyć:
  - a) aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oferenta,
  - b) kopię zaświadczenia o nadaniu nr NIP oferenta,
  - c) kopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON oferenta,
  - d) kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta),
  - e) kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.