

Gmina Nowy Duninów  
ul. Osiedlowa 1  
09-505 Nowy Duninów

.....  
*Pieczętka firmowa oferenta*

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu pn.  
„Program profilaktycznych szczepień dzieci zamieszkałych na terenie  
Gminy Nowy Duninów przeciw meningokokom serogrupy C w latach 2018-2020”**

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.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
5.	NIP		
6.	Regon		
7.	Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
8.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)		
9.	Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)		
10.	Nazwa banku		
11.	Numer konta		

<b>II. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ</b>	
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Pielęgniarka (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Osoba do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialna za rejestrację pacjentów, prowadzenie dokumentacji medycznej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z oferentem)	
Osoba prowadząca działalność promocyjno-edukacyjną (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z oferentem)	
<b>III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU (NAZWA, ADRES I TELEFON KONTAKTOWY JEDNOSTKI, KRÓTKI OPIS WARUNKÓW LOKALOWYCH)</b>	
<b>IV. WYPOSAŻNIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ, W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM</b>	
<b>V. WYPOSAŻNIE W SPRZĘT NIEZBĘDNY DO GROMADZENIA, PRZETWARZANIA I PRZEKAZYWANIA DANYCH</b>	
<b>VI. OPIS DZIAŁAŃ PROMOCYJNO-EDUKACYJNYCH, SPOSÓB REKRUTACJI UCZESTNIKÓW</b>	

**VII. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W TYM DNI I GODZINY WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ****VIII. DOŚWIADCZENIE OFERENTA****IX. PLANOWANA LICZBA UCZESTNIKÓW PROGRAMU****X. KALKULACJA KOSZTÓW**

Proponowany koszt wykonania 1 szczepienia ochronnego w zł	
---	--

.....  
Miejscowość, data

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

