...................................... ......................................

(pieczęć oferenta) (data złożenia oferty)

**Formularz ofertowy do konkursu ofert na wybór realizatora**

**„Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Lubartów – klientów MOPS w Lubartowie**

**w wieku 60+ na lata 2016-2018” w 2017 r.**

1. **DANE OFERENTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta   (zgodnie  z dokumentem rejestrowym) | |  | | | | | |
| Osoba/y upoważniona do reprezentowania oferenta  (zgodnie  z dokumentem rejestrowym) | | Imię i nazwisko | | Funkcja | | | |
| Adres siedziby firmy | | kod | | miejscowość | | ulica i numer | |
| numer telefonu | | numer faksu | | e-mail / www | |
| NIP | | | | REGON | | | |
| Aktualny numer wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej | | | nr | data | | | |
| Nazwa i numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | | Nazwa i numer | | Data rejestracji | |

1. **KALKULACJA KOSZTÓW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Jednostka** | **Koszt jednostkowy** | **Wartość** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem** | |  |  |  |

1. Kwota wnioskowana ................................................................................. zł
2. Koszt objęcia jednej osoby programem zdrowotnym (uwzględniający wszystkie koszty związane z zadaniami realizatora programu) ……………………….zł/ osobę (brutto),
3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu…………………………………. …………………………………………………..…………………………………… ………………………………………………………………………………………..
4. **ZASOBY KADROWE PODMIOTU (odpowiedzialne za realizację zadania)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Rola w realizacji zadania** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Wykaz dołączonych kserokopii dokumentów** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

1. **DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ**
2. Sposób kwalifikacji lekarskiej uczestników do szczepienia:

…………………………………………………………..………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Możliwość rejestracji telefonicznej – podać numer telefonu

...........................................................................................................................................

1. Miejsce i czas (dni, godziny) wykonywania świadczeń w ramach Programu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ZADANIA:**

Dotychczasowe doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **OKREŚLENIE WARUNKÓW LOKALOWYCH:**

Lokalizacja: - miejsce realizacji badań (adres):

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...........................................

data i podpis oferenta