Załącznik nr 1

do warunków szczegółowych

w konkursie z dnia 26 września 2022 r.

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

 (pieczęć oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY**

Na realizację programu zdrowotnego w zakresie szczepień dla mieszkańców Gminy Kleszczów

przeciwko grypie po 65 roku życia na lata 2021-2024.

1. **Dane oferenta:**

Pełna nazwa:.................................................................................................................................

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

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym):...............................................................................

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

tel.:..........................................................................fax:................................................................

e-mail.......................................................................http://............................................................

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (lub innego właściwego

rejestru/ewidencji[[1]](#footnote-1)):…………………..…………………............................................................

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

NIP:...............................................................................................................................................

REGON:........................................................................................................................................

Nazwa banku:……………………………………………………………………………………

Numer konta:…………………………………………………………………………………….

Kierownik placówki: (nazwisko i imię, numer telefonu):…………………................................

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

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu:

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

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, numer

telefonu):.......................................................................................................................................

**II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację programów**

|  |
| --- |
| Opis warunków lokalowych, w których będzie realizowane zadanie: |
|  |

**III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował programy**

**oraz doświadczenie zawodowe oferenta.**

|  |
| --- |
| Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował program z określeniem kwalifikacji zawodowych, doświadczenie zawodowe oferenta. |
|  |

**IV. Plan rzeczowo-finansowy (Załącznik nr 1 do formularza ):**

1. S***zczepienie przeciwko grypie mieszkańców Gminy Kleszczów po 65 roku życia***

Zryczałtowana kwota brutto za wykonanie świadczeń u jednego pacjenta

 (tj. cena szczepionki + cena usługi)………………………………......................................

Nazwa szczepionki.............................................................................................................................

Całkowity koszt realizacji programu brutto:

(liczba x koszt jednostkowy):......................................................................................

**V. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:**

Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres, pokój).............................................................

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

Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń .............................................................................

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

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

Sposób rejestracji pacjentów:

osobiście (adres, godziny)............................................................................................................

telefonicznie (numer, godziny)....................................................................................................

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia Wójta Gminy Kleszczów z dnia 26 września 2022 r o konkursie ofert na wykonanie świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu szczepień profilaktycznych dla mieszkańców Gminy Kleszczów
2. Zapoznał się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Zapoznał się z programami polityki zdrowotnej, które stanowią załącznik do niniejszego konkursu
4. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym
i faktycznym.

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

 (podpis i pieczęć osoby

upoważnionej do reprezentacji oferenta)

1. [↑](#footnote-ref-1)