Załącznik nr 1 do szczególnych warunków  
konkursu Wójta Gminy Kleszczów  
 z dnia 16 stycznia 2023 r.

**FORMULARZ OFERTOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

***Pn: Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej na lata 2023-2025”***

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć oferenta) | Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia) |
| **1. Dane oferenta** | |
| Pełna nazwa oferenta |  |
| Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu) |  |
| Nr NIP oferenta |  |
| Nr REGON oferenta |  |
| Telefon kontaktowy  **(stacjonarny) (komórkowy**) |  |
| e-mail |  |
| Nazwa banku i numer konta bankowego |  |
| Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizacje Programu |  |
| Do formularza ofertowego należy dołączyć**:**  **1.Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk**  **2. Zaświadczenie o nr NIP, nr REGON**  **3. Polisa (za zgodność z oryginałem)** |  |
| Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu. |  |

|  |
| --- |
| Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program. |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Dostępność do świadczeń objętych Programem** | |
| Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej. |  |
| Należy podać ilość godzin w miesiącu realizacji programu zaproponować harmonogram pracy na okres zawarcia umowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego** | |
| Cena jednostkowa brutto za 1h pracy świadczenia w ramach programu (PLN) |  |
| Cena jednostkowa brutto za 1 h pracy osoby obsługującej program stomatologiczny (asystentka stomatologiczna) w (PLN) |  |
| Koszt promocji nie więcej niż 1200 zł na 1 rok realizacji Programu |  |

|  |
| --- |
| **4. Informacje o personelu udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego**  (należy podać): imię i nazwisko, kwalifikacje potwierdzone stosownym dokumentem, doświadczenie w pracy zawodowej |
|  |

…………………………………………………..  
(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że podane ofercie informację są zgodne z prawdą.

………………………………………………….  
(podpis oferenta)