

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

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Oferta realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny Program Profilaktyki Grypy dla Mieszkańców Gminy Kołobrzeg w wieku 65 +” w 2024 r.

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	
II. KALKULACJA KOSZTÓW		
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)		
III. LICZBA OSÓB PRZEWDZIANYCH DO REALIZACJI PROGRAMU ORAZ ICH KWALIFIKACJE		
Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu		Kwalifikacje zawodowe
IV. WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM		

V. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W DZIEDZINIE OBJĘTEJ PROGRAMEM

I. HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU

Rodzaj zadania	Termin realizacji
Kampania informacyjna	
Akcja edukacyjna	
Wykonanie szczepienia poprzedzonego badaniem kwalifikacyjnym do szczepienia	

VI. MIEJSCE WYKONYWANIA SZCZEPIENIA, TERMIN REALIZACJI (data, godzina)

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny Program Profilaktyki Grypy dla Mieszkańców Gminy Kołobrzeg w wieku 65 +” w 2024 r. i 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 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402),
- 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 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.