Pieczątka Oferenta

**Formularz oferty**

Dotyczący wyboru realizatorów Programu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców miasta Turku powyżej 65 roku życia.

I DANE OFERENTA:

1. Nazwa i siedziba podmiotu działalności leczniczej:...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: ……………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Numer NIP: .......................................................................................................................................................

4. Numer REGON: ................................................................................................................................................

5. Nazwa banku i numer konta bankowego: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6. Imię i nazwisko oraz telefon osób upoważnionych do składania oświadczeń oraz składania stosownych wyjaśnień dotyczących oferty konkursowej

1....................................................................................................................................................

2.....................................................................................................................................................

3....................................................................................................................................................

II WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE W SPRZĘT DO REALIZACJI ZADANIA (należy krótko opisać)

III KWALIFIKACJE OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROGRAMIE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

IV KALKULACJA KOSZTÓW:

Stawki winny być podane w kwotach brutto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kalkulacja ceny jednostkowej | Koszt jednostkowy w kwocie brutto | Ilość  | Kwota brutto - ogółem |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Koszt szczepienia jednej osoby: ............................................................................................................ …………………………..

Deklarowany, łączny koszt szczepień: ................................................................................................. …………………………………

V INFORMACJE O UŻYTEJ SZCZEPIONCE

Nazwa:..........................................................................................................................................

Rok produkcji.......................................................................................................................................

Nazwa producenta szczepionki...................................................................................................................................

Posiadany atest szczepionki..................................................................................................................................

Informacje dodatkowe....................................................................................................................................

VI PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY

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

VII PODPISY OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA: