

Formularz Ofertowy

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program
polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw
meningokokom w Gminie Góra Kalwaria na lata 2025-2028

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

b) adres e-mail:

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru
– imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

6. Nr REGON Oferenta:

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do
właściwego rejestru):

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności
gospodarczej:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i
nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel., adres e-mail):

.....

12. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę (jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert)

.....

.....

.....

13. Miejsce udzielania świadczeń w ramach realizacji III etapu Programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

Nazwa	Adres	tel. kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

14. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do udzielania świadczeń w ramach realizacji Programu:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje/kompetencje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu (zakres obowiązków)
1				
2				
3				
4				

15. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji Programu

.....

.....

.....

16. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na kwartały.

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2025	I	
2		II	
3		III	
4		IV	

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2026	I	
2		II	
3		III	
4		IV	

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2027	I	
2		II	
3		III	
4		IV	

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2028	I	
2		II	
3		III	
4		IV	

17. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

.....

18. Planowane działania informacyjne:

.....

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta)