|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gmina Kołaczyce  ul. Rynek 1, 38-213 Kołaczyce** | | | |  |  | | |  | Załącznik nr 2  do Zarządzenia Nr 88/2018  Burmistrza Kołaczyc  z dnia 3 września 2018 r. | | | | | |
|  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  |  |  | | |  |
|  | | |  | **FORMULARZ OFERTOWY** | | | | |  | | |  | |  |
| dotyczy realizacji w roku 2018 **Programu polityki zdrowotnej w zakresie bezpłatnych profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Kołaczyce  od 65 roku życia** | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **I. DANE OFERENTA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Forma organizacyjna:** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Dyrektor/Kierownik** | | | | Imię: | | | | | Nazwisko: | | | | | |
| **Adres siedziby:** | | | | kod: | miejscowość: | | | | | | | ulica, nr lokalu: | | |
| Nr telefonu: | | | | nr faksu: | | | | e-mail: | | |
| **Adres do korespondencji (nie wpisywać jeśli taki sam jak adres siedziby)** | | | | kod: | miejscowość: | | | | | | | ulica, nr lokalu: | | |
| Nr telefonu: | | | | nr faksu: | | | | e-mail: | | |
| **NIP:** | | | | | | | | **REGON:** | | | | | | |
| **Numer wpisu do rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą** | | | | Nr: | | | | | Data rejestracji: (dd-mm-rrrr): | | | | | |
| **Główny księgowy lub osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego:** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwa banku:** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Numer konta:** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **II. KALKULACJA KOSZTÓW** | | | **2018 r.** | | | | | |
| A. Liczba możliwych do wykonania szczepień osób uprawnionych | | |  | | | | | |
| B. Koszt szczepienia jednej osoby (nie obejmuje kosztu badania lekarskiego) | | |  | |  | | | |
|
| Proponujemy łączny koszt szczepień (Iloczyn A i B) | | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | |
| **III. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ** | | | | | | | | | | | | | |
| Lp | Imię | | Nazwisko | | Kwalifikacje zawodowe | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | |
| **Czas pracy:** | | | | | | | | | | | | | |
| dzień tygodnia | | | **od** | | **do** | | | | **miejsce udzielania świadczeń, telefon** | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | |
| **IV. DZIAŁALNOŚĆ DOTYCHCZASOWA** | | | | | | | | | | | | | |
| Liczba osób ≥ 65 r.ż. mieszkańców gminy Kołaczyce wpisanych na listę POZ | | |  | | | | | | | | | | |

……………………………………… ……………………………………………..……

Miejscowość i data Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentowania podmiotu

wykonującego działalność leczniczą (oferenta)