|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gmina Kołaczyce ul. Rynek 1, 38-213 Kołaczyce**  |  |  |  | Załącznik nr 2do Zarządzenia Nr 88/2018Burmistrza Kołaczycz 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)