Załącznik do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”

**FORMULARZ OFERTOWY**

na realizację Programu szczepień profilaktycznych przeciw meningokokom

w roku 2023

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | |
| **Nazwa oferenta** |  |
| **Siedziba (adres)** |  |
| **Forma organizacyjna** |  |
| **Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta** |  |
| **NIP:** | **REGON:** |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  |
| **Nazwa banku i nr konta** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. KALKULACJA KOSZTÓW** | | |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **Koszt szczepienia jednej osoby** | |  |
| **Proponowany łączny koszt szczepień** | |  |
| **Nazwa szczepionki** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**  **(nazwa i adres)** | |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IV. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZENIA** | | |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Opis sposobu realizacji programu zdrowotnego** ( m.in. informacje o posiadanym sprzęcie medycznym niezbędnym do realizacji programu, dotychczasowe doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych, sposób przeprowadzenia akcji informacyjnej o programie ) :

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

*………………………………. …………………………………*

*(miejscowość, data) (podpis oferenta)*