

FORMULARZ OFERTOWY

DO KONKURSU OFERT NA WYBÓR REALIZATORA SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH PRZECIWKO RAKOWI SZYJKI MACICY - WIRUS HPV DZIEWCZĄT URODZONYCH W 1994 ROKU W RAMACH GMINNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO „PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY W GMINIE INOWŁÓDZ NA LATA 2009-2010”

DANE O OFERENCIE

1.	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail	
3	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład	
4	Data i numer wpisu do KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność	
5	NIP	
6	Regon	
7	Numer konta bankowego	
8	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel/fax)	
9	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel/fax)	
10	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel/fax)	
11.	Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, informacja)	

Informacja o personelu medycznym

1. Imienny wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Lp.	Nazwisko i imię	Zakład Opieki Zdrowotnej	Kwalifikacje, staż pracy

2. Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień realizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty.

.....
.....

PLAN RZECZOWO – FINANSOWY

1. Liczba szczepień:

Łączna liczba szczepień, którą oferent może wykonać w ramach programu	
---	--

2. Cena:

Jednostkowa cena szczepionki (która obejmuje zadania do których wykonania zobowiązany jest Oferent, m.in. badanie lekarskie, wykonanie usługi szczepień, edukacja rodziców/opiekunów prawnych)	
--	--

3. Koszt całkowity:

Łączna liczba szczepień	Jednostkowa cena szczepionki	Całkowity koszt programu zdrowotnego

INFORMACJE DODATKOWE

1. Sposób organizacji edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów prawnych dziewcząt

.....
.....
.....

2. Doświadczenie oferenta w realizacji programów zdrowotnych w okresie ostatnich trzech lat.

.....
.....
.....
.....

Inowódz, dnia.....

.....
Podpis