Pieczątka oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu ofert na wybór realizatora/ów**

**„Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych**

**dla mieszkańców Stalowej Woli w wieku 60+”**

**w 2024 roku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | 1. **DANE OFERENTA** | | |
| **1.** | **Pełna nazwa oferenta**  **(zgodnie z dokumentem rejestrowym)** |  | |
| **2.** | **Adres wraz z kodem pocztowym** |  | |
| **Numer tel.:** | **E-mail:** |
| **3.** | **Osoba(y) upoważniona(e)**  **do reprezentowania oferenta**  **(imię i nazwisko, nr tel.)** |  | |
| **4.** | **Adres miejsca wykonywania działalności leczniczej/miejsca punktu szczepień** |  | |
| **5.** | **Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  | |
| **6.** | **Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego** |  | |
| **7.** | **NIP** |  | |
| **8.** | **REGON** |  | |
| **9.** | **Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel.)** |  | |
| **10.** | **Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, email, nr tel.)** |  | |
| **11.** | **Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, email, nr tel.)** |  | |
| 1. **OSOBY REALIZUJĄCE POSZCZEGÓLNE ZADANIA PROGRAMU, W TYM AKCJI PROMOCYJNO–EDUKACYJNO-INFORMACYJNEJ I ICH KWALIFIKACJE** | | | |
| **Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu** | | **Kwalifikacje zawodowe** | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 1. **DNI I GODZINY REALIZACJI PROGRAMU** | | | |
|  | | | |
| 1. **PROPONOWANY TERMIN REALIZACJI PROGRAMU W 2024 ROKU** | | | |
|  | | | |
| 1. **DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH** | | | |
|  | | | |
| 1. **DOTYCHCZASOWA WSÓŁPRACA Z URZĘDEM MIASTA STALOWA WOLA PRZY REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH** | | | |
|  | | | |
| 1. **KALKULACJA KOSZTÓW** | | | |
| **„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla mieszkańców miasta Stalowej Woli w wieku 60+” w 2024 roku** | | | |
| **Liczba osób w wieku 60+, mieszkańców miasta Stalowej Woli, zapisanych do podmiotu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.** | |  | |
| **Proponowany koszt wykonania świadczenia (zapisy na szczepienia, badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia, cena szczepionki, wykonanie szczepienia, utylizacja odpadów, edukacja prozdrowotna oraz prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości związanej z realizacją programu).** | |  | |
| **Proponowany koszt przeprowadzenia akcji promocyjno – edukacyjno-informacyjnej (np. przygotowanie i rozpowszechnienie ulotek, plakatów i innych materiałów).** | |  | |
| **Łączny koszt realizacji programu w zł**  **(liczba osób w wieku 60+ x cena 1 świadczenia + koszt przeprowadzenia akcji promocyjno – edukacyjno-informacyjnej).** | |  | |

**Stalowa Wola, dnia ……………………………… ………………………………………………………**

**Podpis i pieczątka osoby/osób**

**upoważnionej/upoważnionych**

**do reprezentacji**

1. Oferent nie może modyfikować treści oferty pod rygorem odrzucenia oferty. Można dodawać wiersze oraz je rozszerzać.
2. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, powinny być parafowane przez osobę/y podpisującą/e ofertę.
3. Oferta powinna być wypełniona w całości (wszystkie pola formularza muszą być wypełnione prawidłowo i wyczerpująco, a w przypadku rubryk, których wypełnienie nie dotyczy danego podmiotu należy wpisać „nie dotyczy”) oraz zawierać wszystkie wymagane załączniki.