

FORMULARZ OFERTOWY

na realizację Programu Zdrowotnego dla Mieszkańców Gminy Jastrząb na rok 2019
w zakresie szczepień przeciw grypie

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

II. KALKULACJA KOSZTÓW	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Koszt szczepienia jednej osoby	
Proponowany łączny koszt szczepień	

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

IV. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZENIA		
L.p.	Personel medyczny	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)