

.....
(Pieczęć oferenta)

.....
(Miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób w wieku 65+ w gminie Banie Mazurskie w latach 2020-2023”.

1. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa:
.....

Adres:

Telefon: e-mail:

NIP: REGON:

Nazwa banku i numer konta bankowego

.....
.....

Nr wpisu do:

- Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

- Krajowego Rejestru Sądowego:

2. CENA OFERTOWA:

Oferujemy wykonanie usługi stanowiącej przedmiot zamówienia za następującą cenę:

Cena jednostkowa zł brutto (słownie złotych:)

Szacowana liczba zaszczepionych osób:

Całkowita wartość przedmiotu zamówienia: zł brutto (słownie złotych:

.....)

3. MIESIĄCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA:

Nazwa:

Adres:

Dni i godziny wykonywania szczepień, podczas obecności w placówce medycznej lekarza/y podstawowej opieki zdrowotnej:

- poniedziałek w godz. od do

- wtorek w godz. od do

- środa w godz. od do

- czwartek w godz. od do

- piątek w godz. od do

Inne dni i godziny:

4. DODATKOWE INFORMACJE O REALIZACJI PROGRAMU MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY OCENIE OFERTY:

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

5. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem się z:

- 1) treścią ogłoszenia o konkursie ofert i zawartymi w nim warunkami konkursu ofert na wybór realizatora „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób w wieku 65+ w gminie Banie Mazurskie w latach 2020-2023”,
- 2) oświadczeniem stanowiącym załącznik Nr 2 do ogłoszenia o Konkursie Ofert.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania oferenta)