

Załącznik Nr 3  
do zarządzenia Nr 4/2023  
Burmistrza Pruszcza Gdańskiego  
z dnia 4 stycznia 2023 r.

### Formularz ofertowy

na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Szczepienia profilaktyczne przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego HPV realizowane w Gminie Miejskiej Pruszcz Gdański”, w latach 2022 – 2024. Realizacja programu polityki zdrowotnej w 2023 roku.

Lp.	I. DANE OFERENTA		
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)		
2.	Adres wraz z kodem pocztowym,		
		Numer tel:	Numer faksu: E-mail:
3.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta		
4.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
5.	NIP		
6.	Regon		
7.	Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)		

8.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)					
9.	Nazwa banku					
10.	Numer konta					
11.	Nazwa i adresy oddziałów, w których może być świadczona usługa szczepienia	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 50px;"></td></tr> <tr><td style="height: 50px;"></td></tr> <tr><td style="height: 50px;"></td></tr> <tr><td style="height: 50px;"></td></tr> </table>				

**II. WARUNKI LOKALOWE ORAZ PODANIE DNI I GODZIN PRACY W TYGODNIU**

--	--

**III. WYPOSAŻNIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ, W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM****IV. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ**

Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu

Kwalifikacje zawodowe

**V. CHARAKTERYSTYKA DZIAŁAŃ, KTÓRE BĘDĄ PODEJMOWANE, ABY ZREALIZOWAĆ PROGRAM****VI. PROPONOWANA LICZBA ŚWIADCZEŃ MOŻLIWA DO WYKONANIA (liczba osób – adresatów programu)****VII. PROSZĘ PODAĆ, W JAKI SPOSÓB OFERENT PRZEPROWADZI AKCJĘ INFORMACYJNO-EDUKACYJNĄ (odrębnie dla rodziców/opiekunów dzieci i dla beneficjentów programu)**

**VIII. PROPONOWANY TERMIN REALIZACJI PROGRAMU**

od ..... do .....

**IX. DODATKOWE INFORMACJE (np. refundacja szczepień w grupie wiekowej, dodatkowe dofinansowanie lub inne informacje mające wpływ na cenę usługi)**

**X. KALKULACJA KOSZTÓW**

1. Proponowana jednostkowa kwota brutto za wykonanie usługi szczepienia ..... złotych, obejmująca:

- |                      |         |
|----------------------|---------|
| 1) Szczepionka ..... | .....   |
| (nazwa)              | (kwota) |
| 2) .....             | .....   |
| (rodzaj świadczenia) | (kwota) |
| 3) .....             | .....   |
| (rodzaj świadczenia) | (kwota) |
| 4) .....             | .....   |
| (rodzaj świadczenia) | (kwota) |

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**Uwaga!**

1. Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
2. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
3. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
4. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
5. Do oferty należy dołączyć oświadczenia i dokumenty wymienione w „Szczegółowych warunkach konkursu”.