

Załącznik Nr 2  
do Zarządzenia Nr 184/2020  
Burmistrza Miasta i Gminy Pierzchnica  
z dnia 8 września 2020r.

**FORMULARZ OFERTOWY**  
w konkursie ofert na realizatora programu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie  
dla mieszkańców Gminy Pierzchnica od 65 roku życia

w roku 2020

<b>1.Dane oferenta (pełna nazwa, adres, NIP, REGON)</b>
<b>2.Imię i Nazwisko osoby/osób upoważnionej/nych do reprezentowania podmiotu</b>
<b>3. Imię i Nazwisko osoby/osób odpowiedzialnej/odpowiedzialnych za realizację programu</b>
<b>4.Nazwa banku i nr konta bankowego</b>
<b>5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nr i data wpisu do właściwego</b>

**rejestr i oznaczenie organu dokonującego wpisu)**

**6. Proponowana data rozpoczęcia i zakończenia realizacji świadczeń**

**7. Szczegółowe określenie miejsca realizacji programu**

**8. Dni i godziny, w których świadczenia będą realizowane**

**1. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura, sprzęt medyczny)**

**2. Określenie sposobu rejestracji pacjentów**

**3. Wykaz osób mogących udzielać świadczeń zdrowotnych, podaniem kwalifikacji zawodowych**

**4. Proponowana kwota należności za realizację zadania**

Stawka jednostkowa za realizację świadczenia

Kalkulacja stawki jednostkowej

Przewidywana ilość osób objętych programem

Ogólny koszt realizacji zadania

**Pieczęć podmiotu i podpis/y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu**

.....  
(pieczęć oferenta)

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

**Oświadczam, że:**

- a) Zapoznałem się z ogłoszeniem i warunkami konkursu ofert,
- b) Świadczenia wykonywane w ramach programu profilaktycznych szczepień nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
- c) informacje podane w ofercie i załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

.....  
Data i podpis osób uprawnionych  
do reprezentowania podmiotu