

....., dnia.....

Pieczęć oferenta

**Wzór formularza ofertowego do konkursu na wybór w 2020 r. programu polityki zdrowotnej pn.:
„Wczesne wykrywanie wad wzroku wśród uczniów pierwszych klas szkół podstawowych na terenie
Gminy Wieluń na lata 2020-2023”**

I. Dane oferenta

Nazwa oferenta	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres siedziby)	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Osoby prawna upoważniona do reprezentowania oferenta	
Nr wisu do KRS lub innego właściwego rejestru	
NIP	
REGON	
Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji zadania	
Proponowany czas trwania umowy	

II. Informacja o zasobie kadrowym oferenta:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego
1	2	3	4

III. Warunki lokalowe i sprzętowe oferenta niezbędne do realizacji programu

--

IV. Przewidywana liczba osób objętych programem:

--

V. Miejsce realizacji programu:

--

VI. Dni i godziny realizacji programu:

--

VII. Kalkulacja kosztów:

Nazwa świadczenia	Cena jednostkowa świadczenia w zł	Planowana liczba świadczeń w zł	Wartość realizacji planowanych świadczeń w zł
1. Koszt jednostkowy konsultacji okulistycznej i badania okulistycznego			
2. Pozostałe koszty niezbędne do realizacji zadania			
3. Koszt ogółem			

Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym i deklaruję wykonanie zadania zgodnie z przedstawioną ofertą.

Dnia.....

podpisy osób uprawnionych
do reprezentacji podmiotu

V. ZAŁĄCZONE DOKUMENTY:

1. Kserokopia aktualnego odpisu z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących
2. Kopia statutu lub regulaminu organizacyjnego
3. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej,
4. Oświadczenia oferenta
5. Podpisana klauzula Informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Wieluńskim Domu Kultury