# Załącznik nr 2

do **Ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.   
„**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych na lata 2021-2023 w Gminie Wilkowice”

# 

**Formularz oferty**

na realizację zadania pn**.** **„**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych na lata 2021-2023 w Gminie Wilkowice”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Dane o oferencie** | | | |
| 1. | Pełna nazwa oferenta |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym |  | |
| 3. | Nazwa podmiotu, który utworzył zakład |  | |
| 4. | Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody |  | |
| 5. | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów |  | |
| 6. | NIP |  | |
| 7. | REGON |  | |
| 8. | Osoba(-y) upoważniona(-e) do reprezentowania oferenta (imię i nazwisko, nr tel.) |  | |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.) |  | |
| 10. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu  (imię i nazwisko, nr tel.) |  | |
| **II. Informacje o personelu medycznym realizującym program**  (wpisać liczbę oraz kwalifikacje, bez danych osobowych) | | | |
| 1. | Lekarze |  | |
| 2. | Pielęgniarki |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III. Plan rzeczowo – finansowy** | | | |
| 1. | Liczba mieszkańców Gminy Wilkowice w wieku 65+ zarejestrowanych w ZOZ oferenta | |  |
| 2. | Proponowana liczba szczepień do realizacji w poszczególnych latach trwania Programu | | 2022: |
| 2023: |
| 3. | Oferowana cena wykonania jednego szczepienia (koszt szczepionki, badania lekarskiego, usługi związanej ze szczepieniem, przeprowadzeniem edukacji bezpośredniej, przygotowanie i rozliczenie programu) | |  |
| 4. | Wartość oferty dla liczby osób podanej w punkcie III.2. | | 2022: |
| 2023: |
| 5. | Nazwa handlowa szczepionki | |  |
| **IV.** | **Inne informacje** | | |
| 1. | Czy oferent uczestniczył w realizacji programów profilaktycznych w zakresie zgodnym z programem (proszę wpisać tak lub nie)  Kto finansował badania ? Wielkość zaszczepionej populacji? |  | |
| 2. | Miejsce (adres) realizacji programu |  | |
| 3. | Dostępność: dni tygodnia i godziny przeznaczone na realizację programu |  | |

* Potwierdzam, że spełniamy warunki określone w ogłoszeniu na realizatora programu polityki zdrowotnej pn. **„**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych na lata 2021-2023 w Gminie Wilkowice”.
* Oświadczam, że zapoznaliśmy się z programem polityki zdrowotnej pn. **„**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych na lata 2021-2023 w Gminie Wilkowice”,z treścią ogłoszenia oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
* Oświadczam, że posiadamy sprzęt medyczny i warunki lokalowe niezbędne do realizacji ww. zadania.

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

*miejscowość, data podpis i pieczątka imienna upoważnionego(-ych) przedstawiciela(-li) Wykonawcy*