Załącznik nr 2 do

Ogłoszenia Prezydenta Miasta Zamość z dnia 23 czerwca 2015 r.

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

pieczątka oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór w 2015 r. realizatora „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w mieście Zamość w latach 2014-2017”.**

**I. Dane oferenta**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa oferenta  ( zgodnie z dokumentem rejestrowym ) |  | | |  |  |  |
| Forma organizacyjna |  | | |  |  |  |
| Osoba/y upoważniona do reprezentowania oferenta ( zgodnie z dokumentem rejestrowym) | Imię | Nazwisko | | | | |
| Adres siedziby firmy | kod | miejscowość | ulica i numer | | | |
| numer telefonu | numer faksu | e-mail | | | |
| Adres do korespondencji  ( nie wpisywać jeśli taki sam jak adres siedziby ) | kod | miejscowość | ulic i numer | | | |
|  | numer telefonu | numer faksu | e-mail | | | |
| NIP | | REGON | | | | |
| Aktualny numer wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej | nr | data | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | Nazwa i numer | Data rejestracji |
| Dyrektor/kierownik | Imię | Nazwisko |
| Główny księgowy lub osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego | Imię | Nazwisko |
| Nazwa banku i numer konta |  | |

1. II. Wykaz osób przewidzianych do realizacji zadania–główny wykonawca (koordynator programu)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa głównego wykonawcy** | * 1. Imię i Nazwisko   **personelu** | **Rola w realizacji zadania** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Liczba osób objętych szczepieniem przez głównego wykonawcę** |

**Wykaz osób przewidzianych do realizacji zadania – podwykonawcy programu (wypełnić w przypadku współpracy z podwykonawcami)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy** | * 1. Imię i Nazwisko   **personelu** | **Rola w realizacji zadania** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Liczba osób objętych szczepieniem przez danego podwykonawcę** |

Liczba dzieci objętych programem ogółem (główny wykonawca + podwykonawcy) …..........................................................................................................................................

….......................................................................................................................................................................................................................................................................................

III. Sposób wykonania świadczeń (proszę opisać sposób organizacji szczepień oraz ich wykonanie z uwzględnieniem warunków wskazanych w szczegółowych warunkach konkursu ofert wraz z uzasadnieniem wyboru zastosowanych metod)

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

**IV. Dostępność do świadczeń:**

Sposób zakwalifikowania uczestników do szczepienia…………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Możliwość rejestracji telefonicznej- podać nr tel……………………………………………………………………..

Miejsce i czas (dni, godziny) wykonywania świadczeń w ramach programu…………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proponowany termin realizacji programu……………………………………………………………………………..

1. V. Sposób prowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej (proszę uwzględnić elementy wskazane w szczegółowych warunkach konkursu ofert )

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

**VI. Informacja o tym, czy oferent przewiduje korzystanie przy wykonaniu zadania   
z podwykonawców, ze wskazaniem zakresu w jakim będą uczestniczyć w realizacji programu**

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

VII. Kalkulacja kosztów

1. Kwota wnioskowana (dla maks. 596 osób).................................................................................
2. Koszt objęcia jednej osoby programem zdrowotnym..........................................................

.......................................................................................................zł/ osobę (brutto)

1. Kalkulacja (dla ok. 596 osób )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów i sposób ich kalkulacji** | **Wartość dla jednej osoby  (w zł brutto)** |
| 1. | Koszt szczepionki (podać typ szczepionki, nazwę) |  |
| 2. | Koszt badania |  |
| 3. | Koszt szczepienia |  |
| 4. | Koszt działań informacyjno-edukacyjnych |  |
| 5. | OGÓŁEM: |  |

1. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu...........................................................

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

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

1. VIII. Warunki lokalowe

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. IX. Inne ważne informacje

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

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

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

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

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

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

data i podpis oferenta