

.....
(pieczęć nagłówkowa podmiotu/oferenta)

**OFERTA REALIZACJI
PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

w okresie od do r.

Dane podmiotu składającego ofertę:

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....

2. Dokładny adres:

Tel.: faks: e-mail: http://

3. Data i numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

.....

4. Data i numer wpisu do KRS lub innego właściwego rejestru, np. ewidencji działalności gospodarczej:

.....

5. Numer NIP: numer REGON:

6. Nazwa banku i numer rachunku:

.....

7. Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania i składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu:

.....

8. Imię i nazwisko, nr telefonu kontaktowego osoby upoważnionej do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

.....

I. Nazwa programu:

.....

.....

II. Szczegółowy sposób realizacji programu – spójny z kosztorysem (prowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej, zaproszenie do programu, kwalifikacja uczestników badań, prowadzenie rejestracji itp.):

.....

.

.....

.....

.....

.....

III. Termin i miejsce realizacji programu (miejsce i czas wykonywania badań – dni, godziny, wydawanie wyników - sposób kierowania do ewentualnego dalszego badania, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, działania edukacyjne skierowane do osób badanych, sposób monitorowania podjętych działań, miejsce i sposób przeprowadzenia oceny jakości świadczeń itp.):

.....

.....

.....

IV. Planowana liczba osób objętych badaniem: (z uwzględnieniem wszystkich gmin powiatu i z podziałem na gminy):

.....

.....

.....

.....

.....

V. Szczegółowy harmonogram działań (z podaniem terminów rozpoczęcia i zakończenia):

.....

.....

.....

VI. Posiadane zasoby:

- rzeczowe:

.....

.....

.....

.....

- lokalowe:

.....

.....

.....

.....

- kadrowe (w tym kompetencje osób zapewniających realizację programu i zakres ich obowiązków):

.....

.....

.....

.....

.....

VII. Zakładane rezultaty realizacji programu:

.....

.....

.....

.....

VIII. Całkowity koszt realizacji programu - w złotych:

[]

L.p	Koszty merytoryczne i administracyjne związane z realizacją programu	Rodzaj miary	Ilość	Koszt jedn.	Koszt całkowity
	Ogółem:				

IX. Kosztorys wydatków:

X. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

.....

XI. Źródła finansowania programu - w złotych:

Źródła finansowania	Kwota w zł	%
Koszt całkowity		100%
Środki powiatu		

XII. Dotychczasowe doświadczenie Oferenta w realizacji takich samych lub podobnych programów i działań, w tym we współpracy z administracją publiczną:

.....

.....

.....

.....

XIII. Czy Oferent przewiduje udział w realizacji programu podwykonawców (jeżeli tak, w jakim zakresie) – w załączeniu dokument poświadczający wolę współpracy oraz określenie ewentualnej odpowiedzialności za realizowane elementy programu:

.....

.....

.....

.....

.....

XIV. Dokumentacja programu:

.....

.....

.....

.....

XV. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:

.....

.....

.....

XVI. Osoba do kontaktu (imię i nazwisko osoby odpowiadającej za realizację programu, stanowisko, nr telefonu, fax, adres e-mail):

.....

XVII. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na realizację programu polityki zdrowotnej w niniejszym postępowaniu.

.....

Załączniki i ewentualne referencje:

1.

2.

3.

4.

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionych do reprezentowania podmiotu
składającego ofertę)