

## FORMULARZ OFERTOWY

**DO KONKURSU OFERT NA WYBÓR REALIZATORA SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH PRZECIWKO RAKOWI SZYJKI MACICY, RAKOWI SROMU, RAKOWI POCHWY I BRODAWKOM PŁCIOWYM WYWOŁYWANEGO PRZEZ WIRUSY HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 DZIEWCZĄT URODZONYCH W 2006 ROKU W RAMACH PROGRAMU ZDROWOTNEGO PN.: „PROGRAM PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE MIŃSK MAZOWIECKI NA LATA 2016 – 2020”.**

### I. DANE O OFERENCIE

1.	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail	
3.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład	
4.	Data i numer wpisu do KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność	
5.	NIP	
6.	Regon	
7.	Numer konta bankowego	
8.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax.)	
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax.)	
10.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax. )	
11.	Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, informacja )	

## II. INFORMACJA O PERSONELU MEDYCZNYM

1. Imienny wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Lp.	Nazwisko i imię	Zakład Opieki Zdrowotnej	Kwalifikacje, staż pracy

2. Wykaz załączonych kserokopii: Dokumenty potwierdzające stopień realizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty.

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

## III. PLAN RZECZOWO – FINANSOWY

Cena:

Jednostkowa cena świadczenia, która zawiera: cenę 2 dawek szczepionki netto i brutto, badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia przed każdą dawką, koszt szczepienia oraz innych zadań niezbędnych przy realizacji Programu.	
---	--

INFORMACJE DODATKOWE:

1. Doświadczenie oferenta w realizacji programów zdrowotnych w okresie ostatnich trzech lat:

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

2. Inne:

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

Mińsk Mazowiecki, dnia .....

.....

(podpis)