Załącznik Nr 1

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

Pieczęć Oferenta

**Formularz ofertowy**

|  |
| --- |
| Konkurs na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:  **Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Rawy Mazowieckiej w roku 2020** - **z grupy podwyższonego ryzyka (tj. osób powyżej 60 roku życia - urodzonych do dnia 31 grudnia 1960 r.)** |

1. NAZWA OFERENTA : …………………………………………………….
2. ADRES OFERENTA:……………………………………………………….
3. DANE OFERENTA:…………………………………………………

- nr telefonu ………………………………………………………….

- adres mailowy………………………………………………………

- nr faksu………………………………………………………………

- nr konta bankowego…………………………………………………

1. CENA OFERTOWA

|  |
| --- |
| Cena jednostkowa wykonania świadczenia zdrowotnego, stanowiącego przedmiot konkursu ( świadczenie zdrowotne na rzecz jednej osoby) ………………………………………zł. brutto  słownie:………………………………………………………………………..  Proponowana liczba osób kwalifikujących się do szczepienia………………… |

1. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:……………………………

- nr telefonu…………………………………………………………...

- adres e-mail………………………………………………………….

- nr faksu ……………………………………………………………..

Rawa Mazowiecka , dnia………………………………………………

(Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)

Załącznik Nr 2

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

……………………

pieczątka oferenta

**Oświadczenie**

Oświadczam, że posiadam kadrę niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej **”Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Rawy Mazowieckiej w roku 2020 -** **z grupy podwyższonego ryzyka (tj. osób powyżej 60 roku życia - urodzonych do dnia 31 grudnia 1960 r.)”**

……………………………………… ………………………………………

Data i miejsce Podpis oferenta

Załącznik Nr 3

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

……………………

pieczątka oferenta

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o Konkursie na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej **”Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Rawy Mazowieckiej w roku 2020** - **z grupy podwyższonego ryzyka (tj. osób powyżej 60 roku życia - urodzonych do dnia 31 grudnia 1960 r.)”**, z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

……………………………………… …………………………………...   
 Data i miejsce Podpis Oferenta

załącznik Nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

……………………

pieczątka oferenta

**Oświadczenie**

Oświadczam, że posiadam polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej **”Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Rawy Mazowieckiej w roku 2020 z grupy podwyższonego ryzyka (tj. osób powyżej 60 roku życia - urodzonych do dnia 31 grudnia 1960 r.)”.**

……………………………………… ………………………………………

Data i miejsce Podpis oferenta

załącznik Nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

……………………

pieczątka oferenta

**Oświadczenie**

Oświadczam, że posiadam prawo do dysponowania lokalem na terenie miasta Rawa Mazowiecka, spełniającym wymogi określone wymaganymi przepisami prawa, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej **”Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Rawy Mazowieckiej w roku 2020 -**  **z grupy podwyższonego ryzyka (tj. osób powyżej 60 roku życia - urodzonych do dnia 31 grudnia 1960 r.)”.**

……………………………………… ………………………………………

Data i miejsce Podpis oferenta