**Załącznik Nr 2**

 **do Zarządzenia Nr OPG/ 1/17**

**Wójta Gminy Suszec**

**z dnia 3 kwietnia 2017r.**

*pieczątka firmy Oferenta data sporządzenia oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do konkursu ofert na realizację „Programu profilaktyki zakażeń menigokokowych wśród dzieci i młodzieży w oparciu o szczepienia przeciwko meningokokom z grupy C na lata 2015 – 2020” w 2017r.**

1. **DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa oferenta** |  |
|  | **Adres oferenta** |  |
|  | **Telefon,****Fax,****e-mail** |  |
|  |
|  |
|  | **NIP** |  |
|  | **REGON** |  |
|  | **Konto bankowe (bank i numer konta)** |  |

**II. INFORMACJE O MIEJSCU WYKONANIA ZADANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Miejsce realizacji zadania (adres)** |  |
| **2.** | **Dostępność (dni i godziny przyjmowania dzieci zakwalifikowanych do programu)** |  |
| **3.** | **Możliwość telefonicznej rejestracji (numer telefonu)** |  |

**III. INFORMACJA O PERSONELU MEDYCZNYM PRZEWIDZIANYM DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Określenie liczby osób, które będą realizowały świadczenia w ramach programu objętego przedmiotem konkursu** |  |
| **2.** | **a) imię i nazwisko lekarza , rodzaj kwalifikacji zawodowych** |  |
| **3.** | **b) imię i nazwisko (inny personel medyczny) rodzaj kwalifikacji zawodowych** |  |

**IV. PLAN RZECZOWO – FINANSOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Jednostkowy koszt szczepionki:****-** zakup szczepionki Neis-vac C,-usługę szczepienia, badanie lekarskie, koszt sprzętu i środków medycznych wymaganych do wykonania szczepienia**,** koszt utylizacji wytworzonych odpadów medycznych w związku z wykonaną usługą szczepienia, - koszt czynności administracyjnych i materiałów biurowych koniecznych do przeprowadzenia programu, uzyskanie pisemnej zgody rodziców/prawnych opiekunów dziecka | **……………………………..** |

 *………………………………………………………………*

Podpis kierownika podmiotu leczniczego

 wykonującego działalność leczniczą

w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej