

## FORMULARZ OFERTOWY

na realizację Programu Zdrowotnego dla Mieszkańców Gminy Jastrząb na rok 2017  
w zakresie szczepień przeciw grypie

<b>I. DANE OFERENTA</b>	
<b>Nazwa oferenta</b>	
<b>Siedziba (adres)</b>	
<b>Forma organizacyjna</b>	
<b>Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta</b>	
<b>NIP:</b>	<b>REGON:</b>
<b>Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę</b>	
<b>Nazwa banku i nr konta</b>	

<b>II. KALKULACJA KOSZTÓW</b>	
<b>1.</b>	
<b>2.</b>	
<b>3.</b>	
<b>4.</b>	
<b>5.</b>	
<b>Koszt szczepienia jednej osoby</b>	
<b>Proponowany łączny koszt szczepień</b>	

III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (nazwa i adres)	
1.	
2.	
3.	

IV. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZENIA		
L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje

**Opis sposobu realizacji programu zdrowotnego** ( m.in. informacje o posiadanym sprzęcie medycznym niezbędnym do realizacji programu, dotychczasowe doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych, sposób przeprowadzenia akcji informacyjnej o programie ) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis oferenta)