

Pieczęć Oferenta

Formularz ofertowy

Konkurs na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:
**Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Rawy
Mazowieckiej w roku 2019**

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.....

2. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:.....

- nr telefonu.....

- adres e-mail.....

- nr faksu

Rawa Mazowiecka , dnia.....

(Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)

.....
pieczęć 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 2019”**.

.....

Data i miejsce

.....

Podpis oferenta

.....
pieczęć 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 2019”**, 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

.....
pieczęć 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 2019”**.

.....

Data i miejsce

.....

Podpis oferenta

.....
pieczęćka 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 2019”**.

.....
Data i miejsce

.....
Podpis oferenta