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.....
4. 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.....
5. 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