

FORMULARZ OFERTOWY

Do konkursu ofert na wybór realizatora szczepień profilaktycznych przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym wywołanego przez wirusy HPV 6,11,16,18 dziewcząt urodzonych w 2001 i 2002 roku.

I. Dane Oferenta

1	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2	Adres , adres email	
3	Nazwa podmiotu, który utworzył podmiot	
4	Data i numer wpisu do KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność	
5	NIP	
6	Regon	
7	Numer konta bankowego	
8	Kierownik zakładu (dane osobowe, tel. kontaktowy)	
9	Osoba odpowiedzialna za realizację szczepień profilaktycznych (dane osobowe, tel. kontaktowy)	
10	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie (dane osobowe, tel. kontaktowy)	
11	Numer telefonu wyznaczony do realizacji szczepień (rejestracja, informacja)	

II. Informacja o personelu medycznym

1. Imienny wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji i stażu pracy.

LP	Imię i nazwisko	Zakład Opieki Zdrowotnej	Kwalifikacje, staż pracy

2. Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień realizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty itp.

III Plan rzeczowo – finansowy

LP	Działanie	Kwota brutto w zł
1	Jednostkowy koszt szczepienia	
2	Całkowity koszt szczepienia	
3	Koszt badań kwalifikujących do szczepień	
4	Inne koszty niezbędne do realizacji szczepień	