

.....  
(Nazwa i adres oferenta - Pieczęć)

## **Formularz ofertowy**

**Konkurs ofert na wybór realizatora programu zdrowotnego – pod nazwą „Program  
szczepień profilaktycznych przeciw grypie dla mieszkańców Hajnówki po 65 roku życia”  
w 2019 roku.**

### **1. DANE OFERENTA:**

Nazwa: .....

.....

Adres: .....

Telefon: ..... E-mail kontaktowy: .....

NIP ..... REGON .....

Numer wpisu do:

- Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....

- Krajowego Rejestru Sądowego .....

Nr konta bankowego .....

### **2. CENA OFERTOWA:**

Oferujemy wykonanie usługi stanowiącej przedmiot zamówienia za następującą cenę:

- Cena jednostkowa .....zł brutto (słownie złotych:.....)

- Liczba zaszczepionych osób .....

- Całkowita wartość przedmiotu zamówienia .....brutto (słownie złotych:  
.....)

### **3. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA:**

Nazwa : .....

Adres: .....

Telefon: .....

Dni i godziny wykonywania szczepień, podczas obecności w placówce medycznej, lekarza/y  
podstawowej opieki zdrowotnej:

- poniedziałek w godz. od ..... do .....

- wtorek w godz. od ..... do .....

- środa w godz. od ..... do .....

- czwartek w godz. od ..... do .....

- piątek w godz. od ..... do .....

## Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z:

- treścią ogłoszenia o konkursie ofert i zawartymi w nim warunkami konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Program szczepień profilaktycznych przeciw grypie dla mieszkańców Hajnówki po 65 roku życia” w 2019 roku,
- oświadczeniem stanowiącym załącznik Nr 2 do Ogłoszenia o konkursie ofert,
- ze wzorem umowy stanowiącym załącznik Nr 3 do Ogłoszenia o konkursie ofert i załącznikami Nr 1 i 2 do umowy.

....., dnia .....

(Miejscowość)

.....

(Podpis i pieczęć oferenta)