Załącznik nr 3

do uchwały Nr 256/16

Zarządu Powiatu w Lubartowie

z dnia 22 lutego 2016 r.

.............................

 pieczątka oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w powiecie lubartowskim w latach 2014-2017” w 2016 r.**

**I. Dane oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oferenta  (zgodnie z dokumentem rejestrowym ) |  |
|  Forma organizacyjna |  |  |  |
| Osoba/y upoważniona do reprezentowania oferenta ( zgodnie z dokumentem rejestrowym) | Imię | Nazwisko |
| Adres siedziby firmy | kod | miejscowość | ulica i numer |
| numer telefonu | numer faksu | e-mail |
| Adres do korespondencji (nie wpisywać jeśli taki sam jak adres siedziby ) | kod | miejscowość | ulic i numer |
|  | numer telefonu | numer faksu |  e-mail |
| NIP | REGON |
| Aktualny numer wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej | nr | data |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | Nazwa i numer | Data rejestracji |
| Dyrektor/kierownik | Imię | Nazwisko |
| Główny księgowy lub osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego | Imię | Nazwisko  |
| Nazwa banku i numer konta |  |

# II. Wykaz osób przewidzianych do realizacji zadania

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wykonawcy** | Imię i Nazwisko  **personelu** | **Rola w realizacji zadania** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Liczba osób objętych szczepieniem**  |

Liczba dzieci objętych programem ogółem .......................................................................................................................................................

…..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

III. Sposób wykonania świadczeń (proszę opisać sposób organizacji szczepień oraz ich wykonanie z uwzględnieniem warunków wskazanych w szczegółowych warunkach konkursu ofert wraz z uzasadnieniem wyboru zastosowanych metod)

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**IV. Dostępność do świadczeń:**

Sposób zakwalifikowania uczestników do szczepienia…………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Możliwość rejestracji telefonicznej- podać nr tel. ……………………………………………………………………..

Miejsce i czas (dni, godziny) wykonywania świadczeń w ramach programu

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proponowany termin realizacji programu …………………………………………………………………………………………………

# V. Sposób prowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej (proszę uwzględnić elementy wskazane w szczegółowych warunkach konkursu ofert )

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

VI. Kalkulacja kosztów

1. Kwota wnioskowana .................................................................................
2. Koszt objęcia jednej osoby programem zdrowotnym……………zł/ osobę (brutto)
3. Kalkulacja (dla jakiej ilości os )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów i sposób ich kalkulacji** | **Wartość dla jednej osoby (w zł brutto)** |
| 1. | Koszt szczepionki (podać typ szczepionki, nazwę) |  |
| 2. | Koszt badania  |  |
| 3. | Koszt szczepienia |  |
| 4. | Koszt działań informacyjno-edukacyjnych  |  |
| 5. | OGÓŁEM: |  |

1. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu…………………………………. …………………………………………………..…………………………………… ………………………………………………………………………………………..

# VII. Warunki lokalowe

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

# VIII. Inne ważne informacje

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

 ...........................................

 data i podpis oferenta