*Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia*

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

 *Pieczęć firmowa Oferenta*

***WZÓR FORMULARZA OFERTOWEGO***

**OFERTA**

**realizacji w latach 2024-2026 programu polityki zdrowotnej pn.**

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026"**

**I. Dane o oferencie**

1. Dane dotyczące składającego ofertę

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta:  |  |
| Numer NIP:  | Numer REGON:  |
| Numer wpisu do KRS lub innego rejestru/ewidencji:  |  |

2. Forma organizacyjna

|  |
| --- |
|  |

3. Dokładny adres

|  |  |
| --- | --- |
| miejscowość:  | ulica:  |
| kod pocztowy:  | poczta:  |
| nr telefonu:  | e-mail: |
| www:  | skrzynka ePUAP: |

6. Nazwa banku i numer rachunku

|  |
| --- |
|  |

7. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (numer polisy oraz data ważności od …… do ……)

|  |
| --- |
|  |

8. Imię i nazwisko, nr telefonu i adres email osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilnoprawnych

|  |
| --- |
|  |

9. Imię i nazwisko, nr telefonu i adres email osoby odpowiedzialnej za realizację programu

|  |
| --- |
|  |

10. Imię i nazwisko, nr telefonu i adres email głównego księgowego lub osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu

|  |
| --- |
|  |

**II. Informacje o sposobie realizacji zadania**

1. Kwalifikacje personelu (z wyszczególnieniem liczby osób oraz posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi)

|  |
| --- |
|  |

2. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

|  |
| --- |
|  |

3. Sposób podania do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń informacji o sposobie zgłaszania się, organizacji udzielania świadczeń, dniach i godzinach udzielania świadczeń

|  |
| --- |
|  |

4. Opis warunków lokalowych oraz wyposażenia posiadanych przez Oferenta

|  |
| --- |
|  |

5. Dotychczasowe doświadczenie Oferenta, w zakresie którego dotyczy zadanie

|  |
| --- |
|  |

6. Termin realizacji zadania

|  |
| --- |
|  |

7. Harmonogram realizacji zadania (z podziałem na poszczególne lata)

|  |
| --- |
|  |

8. Zakładane rezultaty realizacji zadania

|  |
| --- |
|  |

**III. Koszty realizacji zadania**

1. Proponowana kwota należności za realizację zadania (z podziałem na poszczególne lata)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów związanych z realizacją zadania** | **Ilość jednostek (szt.)** | **Koszt jednostkowy brutto (zł)** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity brutto (zł)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |

Oświadczam(-my), że:

1. Zadanie będące przedmiotem konkursu w całości mieści się w zakresie działalności Oferenta.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym Oferenta.

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

(data i podpis osoby upoważnionej)

*Uwaga! Oferent nie może modyfikować treści .formularza ofertowego*