

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(data i miejsce złożenia oferty)

Formularz ofertowy do konkursu ofert na wybór realizatora

Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych w 2011 roku

dotycząca:

.....
(nazwa zadania)

**Burmistrz Miasta Dębicy
39-200 Dębica
ul. Ratuszowa 2**

I. DANE NA TEMAT OFERENTA

1. Pełna nazwa:

.....
.....

2. Dokładny adres: miejscowość.....

ul.....

tel..... fax.....

email:..... http: //

3. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej i rejestru sądowego (proszę załączyć aktualne wyciągi z rejestrów):

.....
.....

4. NIP:.....

5. Regon:.....

6. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię, nazwisko, numer telefonu kontaktowego):

.....
.....

II Data sporządzenia oferty:.....

III. Proponowana cena zadań będących przedmiotem konkursu:

.....

IV. Proponowany czas trwania umowy:.....

.....
(podpis osoby upoważnionej oferenta)

WIELKOŚĆ I STRUKTURA ZASOBÓW ZAKŁADU, ZAPEWNIĄCYCH
WYKONANIE ZADAŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM KONKURSU.

1. Dane dotyczące bazy sprzętowej i warunków lokalowych oferenta:

Opis (rodzaj, model)	Liczba jednostek	Rok produkcji	Własny lub dzierżawiony
Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny			
Warunki lokalowe, podać powierzchnię pomieszczeń, w których realizowany będzie program			

2. Dane o kierownictwie i personelu odpowiedzialnych za realizację zadania:

Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji zamówienia	Wykaz dołączonych kserokopii dokumentów
1.			
2.			
3.			
4.			

3. Informacja o prowadzonej działalności za 2010 rok:

3.1. Rodzaje i liczba świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zleceniobiorcę:

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

3.2 Wynik finansowy oferenta:

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

3.3. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu)

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

3.4. Dodatkowe informacje:

A) Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu? (tel., godz)

.....
.....

B) Dostępność: dni tygodnia i godziny realizowanych badań **wyłącznie** na rzecz programu:

.....
.....

C) Lokalizacja: - miejsce realizacji badań(adres, pokój):

.....
.....

D) Dojazd środkami komunikacji, odległość do najbliższego przystanku komunikacji miejskiej

.....
.....

E) Czy oferent zagwarantuje prowadzenie dalszej diagnostyki w przypadku wykrycia zmian patologicznych u osób objętych programem w ramach środków NFZ?

.....
.....

.....
(podpis osoby upoważnionej oferenta)

VI. Plan rzeczowo-finansowy:

1. Proponowana liczba osób, jaką oferent mógłby objąć zadaniami określonymi w przedmiocie konkursu ofert w 2011 roku:

.....
.....

2. Koszt objęcia programem zdrowotnym jednej osoby:

.....zł / osobę

3. Koszt całkowity zadań będących przedmiotem konkursu (liczba osób x koszt w odniesieniu do jednej osoby)

.....

4. Kalkulacja kosztów objęcia programem zdrowotnym jednej osoby (proszę o uwzględnienie elementów składowych kosztów wyszczególnionych w pkt. IV.3. Warunków Konkursowych)

Lp.	Kalkulacja ceny	Koszt (w zł.)
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
	Razem cena całkowita objęcia programem zdrowotnym jednej osoby:	

.....
(podpis osoby upoważnionej oferenta)