

OFERTA

na realizację programu zdrowotnego pn.:

.....

.....

(należy wpisać nazwę programu)

Dane podmiotu składającego ofertę (nazwa, siedziba, osoby upoważnione do reprezentacji):

.....

.....

Imię i nazwisko oraz nr tel. osoby upoważnionej do kontaktu:

.....

.....

Koszt jednostkowy za wykonanie szczepienia:

| Lp. | Poszczególne składowe koszty jednostkowego | Koszt w zł |
|-----|---|------------|
| 1. | badanie lekarskie | |
| 2. | cena szczepionki | |
| 3. | administracyjno-techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego | |
| | Koszt jednostkowy brutto: (kalkulacja kosztu dla jednej osoby) | |

Nazwa szczepionki:

Opis sposobu realizacji programu zdrowotnego (w tym w szczególności: miejsce realizacji programu, sposób rejestracji pacjentów, informacje dotyczące kwalifikacji osób uczestniczących w realizacji programu, informacje na temat posiadanego sprzętu medycznego – niezbędnego do realizacji programu, dotychczasowe doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych i inne):

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż:

- świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu zdrowotnego pn.:

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

będą finansowane jedynie przez Gminę Police i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,

- załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)