

**Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia -
program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki
nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz
wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026” w latach 2022-2023**

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program
polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi
i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród
mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026” w latach 2022-2023

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

b) numer fax.

b) adres e-mail:

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru –
imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

6. Nr REGON Oferenta:

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – jeżeli dotyczy
(zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności
gospodarczej:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę (jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert):

.....

.....

.....

13. Miejsce udzielania świadczeń w ramach realizacji II i III etapu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

Nazwa	Adres	tel. kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

14. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do udzielania świadczeń w ramach realizacji II i III etapu:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje/kompetencje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu (zakres obowiązków)
1				
2				
3				
4				

15. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji II i III etapu:

.....

.....

.....

16. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na miesiące.

Lp.	Rok	Miesiąc	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2022	Wrzesień	
2	2022	Październik	
3	2022	Listopad	
4	2022	Grudzień	
5	2023	Styczeń	
6	2023	Luty	
7	2023	Marzec	
8	2023	Kwiecień	
9	2023	Maj	
10	2023	Czerwiec	

17. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

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

18. Planowane działania informacyjne:

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

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta)

