

Formularz ofertowy

**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący realizacji w 2012 roku Programu Promocji i Profilaktyki Zdrowia w Gminie  
Brusy 2009-2012 „Pomóż swemu sercu”

I. Oferent (pełna nazwa):

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

II. Adres, kod pocztowy, telefon i fax oferenta:

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

III. Numer wpisu/decyzji właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu /+ ewentualna decyzja o wpisie zmian w w/w rejestrze/ (okres ważności tych decyzji – 3 m-ce od daty wystawienia):

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

IV. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....  
.....

V. Zakres działań, którego dotyczy oferta:

1. Realizacja programu edukacyjno – zdrowotnego pod hasłem „Wyprzedź cukrzycę”

1) Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie:

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

w tym:

- ilość osób przewidzianych do udziału w programie:

.....  
.....

- określenie sposobu naboru/rejestracji beneficjentów:

.....  
.....

- opis (w tym harmonogram) działań podejmowanych w związku z akcją profilaktyczno-promocyjną) :

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

- koszt jednostkowy poszczególnych działań (w tym badań, poszczególnych etapów akcji profilaktyczno-promocyjnej, itp.):

.....  
.....

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

2) Nazwisko i imię osoby/osób bezpośrednio odpowiedzialnej/nych za realizację poszczególnych działań:

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

3) Miejsce świadczenia usług (adres, w tym: warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, itp.):

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

4) Imienny wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie, wraz z danymi na temat ich kwalifikacji:

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

5) Wykaz załączonych kserokopii\*; dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty, itp.:

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

6) Data rozpoczęcia i zakończenia działań:

.....  
.....

7) Określenie dni i godzin, w których działania będą realizowane:

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

**2. Realizacja programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób po 65. roku życia**

1) Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie:

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

w tym:

- ilość osób przewidzianych do udziału w programie:

.....  
.....

- koszt jednostkowy poszczególnych działań:

.....  
.....

- określenie sposobu naboru/rejestracji beneficjentów:

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

2) Nazwisko i imię osoby/osób bezpośrednio odpowiedzialnej/nych za realizację poszczególnych działań:

.....  
.....  
.....  
3) Miejsce świadczenia usług (adres, w tym: warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, itp.):

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

4) Imienny wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie, wraz z danymi na temat ich kwalifikacji:

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

5) Wykaz załączonych kserokopii\*; dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty, itp.:

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

6) Data rozpoczęcia i zakończenia działań:

.....  
.....

7) Określenie dni i godzin, w których działania będą realizowane:

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

3. Realizacja programu zdrowotnego „Ocena czynników ryzyka występowania choroby nadciśnieniowej u młodzieży szkolnej pomiędzy 18 a 19 rokiem życia”

1) Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie:

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

w tym:

- ilość osób przewidzianych do udziału w programie:

.....  
.....

- koszt jednostkowy poszczególnych działań:

.....  
.....

- określenie sposobu naboru/rejestracji beneficjentów:

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

2) Nazwisko i imię osoby/osób bezpośrednio odpowiedzialnej/nych za realizację poszczególnych działań:

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

3) Miejsce świadczenia usług (adres, w tym: warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, itp.):

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

4) Imienny wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie, wraz z danymi na temat ich kwalifikacji:

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

5) Wykaz załączonych kserokopii\*; dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty, itp.:

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

6) Data rozpoczęcia i zakończenia działań:

.....  
.....

7) Określenie dni i godzin, w których działania będą realizowane:

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

Załączniki\*:

- kopia statutu
- kopia zaświadczenia NIP
- kopia zaświadczenia REGON
- kopia polisy ubezpieczeniowej OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.

Brusy, dnia.....

Podpis i pieczęć oferenta lub osoby  
upoważnionej przez oferenta  
zgodnie z dokumentacją

\*- potwierdzone za zgodność z oryginałem

BURMISTRZ

*mgr inż Witold Ussowski*