

Załącznik nr 1

do Umowy nr

z dnia

Oferta do konkursu ofert na powierzenie realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia – gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci w gminie Lubin na lata 2024-2027”

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie do konkursu ofert na powierzenie realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia – gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci w gminie Lubin na lata 2024-2027”

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.

c) 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 telefonu/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr telefonu/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 I i II 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 I i II 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 I i II etapu:

.....

16. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na kwartały.

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2024	III	
2	2024	IV	
3	2025	I	
4	2025	II	
5	2025	III	
6	2025	IV	
7	2026	I	
8	2026	II	
9	2026	III	
10	2026	IV	
11	2027	I	
12	2027	II	

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

.....

18. Planowane działania informacyjne:

.....

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta)