**Załącznik Nr 1**

do ogłoszenia o Konkursie Ofert

……………………………………… ………………………………

(Pieczęć oferenta) (Miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób w wieku 65+ w Gminie Gołdap   
w latach 2019 – 2022”, w latach 2019-2022**

**1. DANE OFERENTA:**

Pełna nazwa: …...………………………………………………………………………………………

….………………………………………………………………………………………………………...

Adres: .........................................................................................................................................

Telefon: ................................................................... e-mail:.......................................................

NIP: .................................................................. REGON: ……..................................................

Nr wpisu do:

- Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: ………………………………………

- Krajowego Rejestru Sądowego: ….…………………………………………………………………

**2. CENA OFERTOWA:**

Oferujemy wykonanie usługi stanowiącej przedmiot zamówienia za następującą cenę:

Cena jednostkowa …………………. zł brutto (słownie złotych: ………………………………….)

Szacowana liczba zaszczepionych osób: …………………………….

Całkowita wartość przedmiotu zamówienia: ……………………….… zł brutto (słownie złotych:

……………………….)

**3. MIESJCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA:**

Nazwa: …………………………………………………………………………………………………..

Adres: ……………………………………………………………………………………………………

Dni i godziny wykonywania szczepień, podczas obecności w placówce medycznej lekarza/y podstawowej opieki zdrowotnej:

- poniedziałek w godz. od ………………….. do ……………………

- wtorek w godz. od ………………….. do ……………………

- środa w godz. od ………………….. do ……………………

- czwartek w godz. od ………………….. do ……………………

- piątek w godz. od ………………….. do ……………………

Inne dni i godziny: ……………………………………………………..

**4. DODATKOWE INFORMACJE O REALIZACJI PROGRAMU MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY OCENIE OFERTY:**

…………………………….……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

**5. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem się z:

1. treścią ogłoszenia o konkursie ofert i zawartymi w nim warunkami konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie osób w wieku 65+ w Gminie Gołdap w latach 2019-2022”, w latach 2019-2022.
2. Oświadczeniem stanowiącym załącznik Nr 2 do ogłoszenia o Konkursie Ofert.

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………… ………………………………………………...

(Miejscowość, data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

do reprezentowania oferenta)