Załącznik Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

WZÓR FORMULARZA

……………………………..

Pieczęć Oferenta

**Formularz ofertowy**

|  |
| --- |
| Konkurs na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „***Program profilaktyki zakażeń meningokokowych na lata 2021 – 2024”*** |

**1. DANE OFERENTA:**

NAZWA OFERENTA : .........………………………………………………………………………………..

ADRES OFERENTA : ....................................................................................................................................

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

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

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU: …………………………………………………………..

NR TELEFONU KONTAKTOWEGO: ……………………………………………………………………...

ADRES E-MAIL: ……………………………………………………………………………...……………..

NR RACHUNKU BANKOWEGO: ………………………………………………………………….………

NAZWA ORGANU REJESTROWGO: …………………………………………………………………...

NR KSIĘGI REJESTROWEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁĄNOŚC LECZNICZĄ, W MYŚL USTAWY Z 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ……………………………………

**2. CENA OFERTOWA**

**Cena ofertowa na osobę za meningokoki typ ACW-135Y**.......................................**zł brutto**

**(słownie**:.......................................................................................................................)

**Cena ofertowa na osobę za meningokoki typ B**.......................................**zł brutto**

**(słownie**:.......................................................................................................................)

Liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2008…………………………….,

Liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2009…………………………….,

Liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2010…………………………….,

Liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2011…………………………….,

Liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2020…………………………….,

Przewidywana liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2021……………,

Przewidywana liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2022……………,

Przewidywana liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2023……………,

Kielce, dnia……………… ………………………………..........

(Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)