Załącznik Nr 1

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

…………………………..

Pieczęć Oferenta

**Formularz ofertowy  
Konkurs na realizację programu polityki zdrowotnej  
pn.: „Program prewencji ospy wietrznej 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**.......................................**zł brutto**

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

Liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2018 podlegających szczepieniom ……..……,

Liczba dzieci zapisanych do podmiotu leczniczego z rocznika 2019 podlegających szczepieniom ...…......….,

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

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

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

Kielce, dnia……………… ………………………………….…

(Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)