Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 2

……………………………..

Pieczęć Oferenta

**Formularz ofertowy**

|  |
| --- |
| Konkurs na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: ***„Program szczepień przeciw grypie 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 osób kwalifikujących się do szczepienia w 1 sezonie szczepień …..……………………………

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

 (Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)