

.....
(pieczęć podmiotu)

**OFERTA PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE ŚRODKÓW
FINANSOWYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA FINANSOWANEGO PRZEZ**

PREZYDENTA MIASTA SUWAŁK NA:

**Program pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy dla mieszkank Suwałk
w wieku 13 lat.**

I. DANE OFERENTA

Nazwa oferenta:			
Adres:	miejsowość:	kod:	Ulica i nr domu
	nr telefonu:	numer faksu:	E-mail:
Nazwa banku			
Numer konta			
Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):			
1.			
2.			
Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):			
1.			

II. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

**III. DOTYCHCZASOWA DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE
PRZEPROWADZANIA SZCZEPIEŃ**

IV. INNE DANE

1. Proponowana nazwa programu do celów medialnych i promocyjnych:

.....

.....

2. Sposób rekrutacji uczestników:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Zakładane rezultaty realizacji programu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Partnerzy w realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Informacje na temat dotychczasowych zadań realizowanych we współpracy z administracją publiczną:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

V. KOSZTORYS

Liczba osób, które zostaną objęte szczepieniami		
Typ szczepionki*	Czterowalentna	Dwuwalentna
*proszę zaznaczyć szczepionkę która będzie zastosowana		
Koszt udzielenia usługi medycznej 1 pacjentce (A + B + C) w tym:		
A. Koszt szczepienia (<u>pełnego cyklu</u>)		
B. Koszt badania lekarskiego i kwalifikacji do szczepienia.		
C. Inne koszty		
D. Wkład finansowy własny		

➤ Ewentualne uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

.....

- Ewentualny poza finansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):

.....

.....

.....

.....

- Dodatkowe uwagi lub informacje wnioskodawcy:

.....

.....

.....

.....

.....

(pieczęć podmiotu)

.....

(podpis osoby upoważnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu podmiotu)

KONIECZNE ZAŁĄCZNIKI I EWENTUALNE REFERENCJE

(oryginały bądź kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez uprawnione osoby):

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Oświadczenie o zapoznaniu się ze wzorem umowy.
3. Oświadczenie o płynności finansowej i o nie posiadaniu zadłużenia (ZUS, Urząd Skarbowy).
4. Oświadczenia ewentualnych partnerów (wymienionych w punkcie IV. 4) o gotowości do przystąpienia do realizacji programu w przypadku pozytywnego rozpatrzenia złożonej oferty.
5. Aktualny wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.
6. Statut.
7. Opis i sposób przeprowadzenia planowanej akcji informacyjno – edukacyjnej.