

.....
(pieczęć podmiotu)

**OFERTA PODMIOTU
UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYZNANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH
NA REALIZACJĘ ZADANIA FINANSOWANEGO PRZEZ
PREZYDENTA MIASTA SUWAŁK
NA PROGRAM PROFILAKTYCZNYCH SZCZEPIEŃ PRECIWKO GRYPIE
DLA OSÓB POWYŻEJ 75 ROKU ŻYCIA**

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 statutowo 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**

V. 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

widzenia realizacji zadania):

[illegible]

VI. KOSZTORYS ZE WZGLĘDU NA ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

Liczba osób, które zostaną objęte szczepieniami		
Źródło finansowania programu szczepień	zł	%
Wnioskowana kwota dofinansowania		
Finanse własne		
Wpłaty i opłaty uczestników projektu - z jakiego tytułu?		
Inni sponsorzy publiczni – jacy?		
Inni sponsorzy prywatni – jacy?		
Ogółem		100%

VII. KOSZTORYS ZE WZGLĘDU NA TYP KOSZTÓW

Lp.	Rodzaj kosztów i sposób ich kalkulacji	Koszt (w zł)	W tym z wnioskowanej dotacji (w zł)	W tym ze środków własnych (w zł)	W tym z innych źródeł, jakich? (w zł)
Ogółem:					

- 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 płynności finansowej i o nie posiadaniu zadłużenia (ZUS, Urząd Skarbowy).
2. Oświadczenia ewentualnych partnerów (wymienionych w punkcie V. 4) o gotowości do przystąpienia do realizacji programu w przypadku pozytywnego rozpatrzenia złożonej oferty.
3. Aktualny wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej.
4. Statut.
5. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
6. Oświadczenie wyrażające zgodę na zaszczepienie pacjentów z innych ZOZ, które nie przystąpiły do konkursu lub nie zostały wyłonione na realizatorów programu.