**FORMULARZ OFERTOWY**

**do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu zdrowotnego pt.: „Program profilaktyczny przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci urodzonych w 2014 roku z terenu Gminy i Miasta Nowe Skalmierzyce”**

**1. Pełna nazwa składającego ofertę:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Dokładny adres:**

(miejscowość, kod pocztowy, ulica i numer lokalu, telefon, fax, adres e-mail)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4. Podmiot tworzący lub właściciel:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. Numer wpisu do rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej:**

………………………………………………………………………………………….

**6. NIP:** …………………………………………..

**7. REGON:** ……………………………………...

**8.** **Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty:**

(imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)

…………………………………………………………………………………………...

**9. Cena jednostkowa realizacji zadania (tj. zakup szczepionki, wykonanie badań kwalifikacyjnych oraz usługi zaszczepienia dziecka):**

………………………………. zł brutto.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

……………………………… ……………………………………………

data pieczątka i podpis Oferenta