**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

- **Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.1.2020.WP na realizację zadania program polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”, w 2020 roku.**

**1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:**

.....................................................................................................................................................................................................................................

**2.Dokładny adres:**………………………………………………….……………………………………………………………………………………..………

*ulica i numer* *miejscowość kod pocztowy*

…………………………………………………………………………………………….......................……………………………………  
 t*elefon fax. adres e-mail*

**3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta(funkcja w POZ):**

....................................................................................................................................................................................................................................

**4. Organ założycielski** **lub właściciel:**

....................................................................................................................................................................................................................................

**5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**

.....................................................................................................................................................................................................................................

**6. NIP:**  ................................................................................................................................................................

**7. Regon:**  ..............................................................................................................................................................

**8. Nazwa banku i rachunku bankowego**:………………………………………………..……………………………..

**9. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty** (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

.......................................................................................................................................................................................................................................

**10. Koordynator** (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

.....................................................................................................................................................................................................................................

Zadania koordynatora: ……………………………..................................................……………………………………………………………………….

**11.Proponowany czas trwania umowy oraz rozpoczęcia i zakończenia szczepień:..............................**…………………………………………….

**12. Miejsce realizacji planowanych działań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadania)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nazwa** | **adres** | **tel. kontaktowy** | | **dni i godziny realizacji zadania** |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

**13. Określenie składu i kwalifikacji zespołu osób realizujących poszczególne zadania w ramach Programu:**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**14. Zakładane rezultaty realizacji Programu:** …………………..….………….................................................………………..………….……………  
 ………………………………………………………………………………………………….................................................……………..…………………..

**15. Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):**...................................................................................................

**16. Planowane działania informacyjno - promocyjne**:.........................……..............................…………………………………………………………

**17. Sposób zapraszania pacjentów do udziału w Programie**:...................................................................................................................................

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.**

Oświadczenia:

1)Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.   
2)Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję, nie będzie wykazywał do rozliczenia świadczeń zdrowotnych, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są jednocześnie finansowane z innych środków, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia finansowego.

........................................... .............................................................................................................................

data: pieczątka i podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji Oferenta, w przypadku oferty  
 wspólnej – podpis