**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

 - **Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.1.2018.WP na realizację zadania program polityki zdrowotnej
pn. „Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie”.**

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

.................................................................................................................................................................................
………………………………………...........................................................................................................................

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

………………………………………………………………………………………………………………………..………

*ulica i numer* *miejscowość kod pocztowy*

 …………………………………………………………………………………………………………………………………
 *Telefon fax. adres e-mail*

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

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

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

**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 zadania** (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 zadania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **zawód i niezbędne kwalifikacje do realizacji zadań/nr prawa wykonywania zawodu** | **Forma współpracy z oferentem** | **udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań**  |
|  |  |  |  |  |

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

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

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

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

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

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.**

....................... ……………...............................................

 data: pieczątka i podpis(y) osób uprawnionych do
 reprezentacji oferenta, w przypadku oferty
 wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców