**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

- **Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.3.2017.WP na realizację zadania pn.   
"** Program profilaktyki wad postawy i schorzeń  
narządu ruchu wśród uczniów klas I szczecińskich szkół podstawowych "

**1. Pełna nazwa oferenta**(zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

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

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

**2.Dokładny adres siedziby oferenta**:…………….…………..……..………………………………..

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

nr telefonu kontaktowego, fax………………………………………………………………………...  
 adres e-mail.................................................................................................................................

**3. Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta** (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

**4. Nr NIP oferenta**……...............................................................................................................

**5. Nr REGON oferenta:**………………….…….............................................................................

**6. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)............................................................................

**7**.Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej  
 ……………………………………………………………………………………………………………..

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

1. **Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego/fax, adres e-mail) :** ………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

**12.Proponowany czas trwania umowy** ……………………………………………………………….

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

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

**14. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do realizacji ,,Programu”:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | niezbędne kwalifikacje do realizacji ,,Programu” | Forma współpracy z oferentem (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna), | Rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego lub innego niż zdrowotnego w ramach realizacji ,,Programu” |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**15. Harmonogram realizacji ,,Programu” z podziałem na miesiące w danym roku  
 kalendarzowym.**

**16. Zakładane rezultaty realizacji ,,Programu” :** …………………………………………………………………………………………………………..  
 …………………………………………………………………………………………………………..

**17. Informacje o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):** ………………………………………………………………………………………………………….  
 ………………………………………………………………………………………………………….

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

**19**. **Doświadczenie Oferenta nie /tak (niepotrzebne skreślić)** w realizacji programów  
 zdrowotnych po 2010 roku z podaniem: nazwy, czasu i wskazania zlecającego program

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

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.**

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

data: pieczątka i podpis oferenta