**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** - **Informacje o Oferencie**

do konkursu ofert nr WSS-I.2.2017.WP na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia – program polityki zdrowotnej pn. " Wykrywanie wad i schorzeń narządu wzroku  
 wśród uczniów klas II szkół podstawowych "

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

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

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

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

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

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

**3. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta** (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru/ (imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax. e-mail) ....................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

**11.Proponowany czas trwania umowy** ………………………………………………………….

**12. Miejsce realizacji planowanych działań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach ,,Programu”)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nazwa** | **adres** | **tel. kontaktowy w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji** | | **dni i godziny realizacji zadania** |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

**13. 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” |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

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

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

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.**

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

data: pieczątka i podpis oferenta