

**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
- Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-IV.1.2015.WP na realizację zadania pn.**  
„Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w  
Szczecinie”.

**1. Pełna nazwa składającego ofertę:**

.....  
.....

**2. Dokładny adres:.....**

.....

miejsowość

kod pocztowy

ulica i numer

.....

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) :**

.....

**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	Forma współpracy z oferentem	udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań


**14. Zakładane rezultaty realizacji zadania**

:.....

.....

..

.....

....

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

.....

.....

.....

**16. Planowane działania informacyjno promocyjne:**

.....

.....

.....

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.**

.....

data:

.....

pieczętka i podpis oferenta