**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

- **Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.1.2021.WP na realizację zadania program polityki zdrowotnej pn.  
„ Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych  
 w Szczecinie” (tj. mieszkańcy Szczecina urodzeni do końca 1956 roku i zameldowani w Szczecinie, nie ma znaczenia miejsce deklaracji do lekarza POZ w Szczecinie), w 2021 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(Dyrektor, Kierownik Podmiotu, tel.kontaktowy; e-mail):**

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

**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)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa miejsca realizacji szczepień | adres | tel. kontaktowy | | dni i godziny realizacji szczepień |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | | *5.* |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych ( w tym kurs sczepień) | Nr statystyczny uprawnie lub prawa wykonywania zawodu | |
| *1.* | *2.* | *3.* | | *4.* |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |

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

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

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

**17. Harmonogram działań dotyczących realizacji Programu**:……………………………………………………………………………………………….

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

**19. 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