**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

- **Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.2.2019.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