

.....
.....

2.10 czas pracy w ramach programu (**dni tygodnia i godziny realizowanych zadań wyłącznie na rzecz programu**)

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

2.11 czy oferent zagwarantuje prowadzenie dalszej diagnostyki w przypadku wykrycia zmian nieprawidłowych, leczenia u osób objętych programem w ramach środków NFZ

.....

2.12 proponowany czas trwania umowy

2.13 osoba do kontaktu z klientem programu w ramach realizacji programu (imię , nazwisko, telefon, e-mail) dla klienta programu

.....

2.13 osoba do kontaktu z Urzędem Miasta w ramach realizacji programu (imię, nazwisko, telefon, e-mail)

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

3 Kalkulacja kosztów :

3.1 koszt ogółem (całkowity)- brutto.

3.2 Szczegółowy kosztorys (wg warunków szczegółowych konkursu)

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

3.3 Informacje mające znaczenie przy ocenie kosztorysu

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

4 Sposób rozreklamowania programu

.....

5 Numer konta bankowego

.....

6 Wymagane załączniki:

- 6.1 Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami szczegółowymi warunkami konkursu ofert
- 6.2 Wypis z Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej
- 6.3 Aktualny wypis z Rejestru Sadowego (z ostatnich 3 miesięcy) lub w przypadku nie posiadania KRS zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (z ostatnich 3 miesięcy)
- 6.4 Statut Zakładu
- 6.5 Zaświadczenie o nr NIP
- 6.6 Zaświadczenie o nr REGON
- 6.7 Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe
- 6.8 Informacja o zawartych kontraktach z NFZ w zakresie objętej konkursem
- 6.9 Program merytoryczny – do każdego programu

7 Data sporządzenia oferty

8 Podpisy i pieczętki uprawnionych do reprezentacji podmiotu zgodnie z dokumentacją:

1. 2. 3.

[wypełnia Komisja Konkursowa]

Opinia i propozycja rozpatrzenia oferty

(data i podpisy)