

.....
.....

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)