

**BURMISTRZ TOSZKA**  
ul. Bolesława Chrobrego 2  
44-180 Toszek

## O F E R T A

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH DZIECI ZAMIESZKAŁYCH  
NA TERENIE GMINY TOSZEK PRZECIWKO BAKTERIOM MENINGOKOKOWYM SEROGRUPY C  
W ROKU 2015**

### I. Nazwa Oferenta

.....  
.....

### II. Adres siedziby Oferenta

1. Miejscowość.....
2. Ulica..... nr domu..... nr lok. ....
3. Kod pocztowy.....
4. Gmina.....
5. Województwo.....
6. Numer telefonu kontaktowego.....
7. Adres e-mail.....

### III. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę

.....

### IV. Rejestracja Oferenta

Oferent jest zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym ☐ numer KRS.....

Oferent jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ☐

*Zaznaczyć „X” we właściwej kratce. W przypadku zarejestrowania działalności w Krajowym Rejestrze Sądowym wpisać numer KRS*

### V. Imię i nazwisko osoby/ osób upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu

.....  
.....

## VI. Określenie czy oferta dotyczy całości przedmiotu konkursu czy jego części

Zaznaczyć „X” we właściwej kratce

Oferta dotyczy **całości** przedmiotu konkursu ☐

Oferta dotyczy **części** przedmiotu konkursu ☐

Jeżeli oferta dotyczy **części przedmiotu konkursu** należy określić ilość dzieci do zaszczepienia zapisanych w placówce na podstawie deklaracji wyboru lekarza oraz podać miejscowości, w których zamieszkują:

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010 .....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010.....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010 .....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010.....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010 .....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010.....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010 .....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010.....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010 .....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010.....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010 .....

miejscowość..... liczba dzieci z rocznika 2010.....

## VII. Określenie miejsca realizacji przedmiotu konkursu

1. Miejscowość.....

2. Ulica.....nr domu..... nr lok. ....

3. Kod pocztowy.....

4. Gmina.....

5. Województwo.....

6. Numer telefonu kontaktowego.....



VIII. Określenie sposobu rejestracji pacjentów – adresatów Programu

IX. Imienny wykaz personelu, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych niezbędnych do wykonania zadania

1. ....  
imię i nazwisko

.....  
posiadane kwalifikacje

2. ....  
imię i nazwisko

.....  
posiadane kwalifikacje

3. ....  
imię i nazwisko

.....  
posiadane kwalifikacje

4. ....  
imię i nazwisko

.....  
posiadane kwalifikacje

X. Oświadczam, że:

1. Świadczone przeze mnie usługi medyczne są zgodne z zakresem wymagany w konkursie ofert i są dostępne.
2. Zapoznałem się z treścią i warunkami ogłoszenia o konkursie i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam niezbędne informacje, środki finansowe, lokalowe, wyposażenie, uprawnienia do wykonywania zadań oraz dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem, a także potencjałem ludzkim zdolnym do przygotowania oferty i realizacji przedmiotu konkursu.
3. Pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia będące przedmiotem konkursu spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).
4. Zapoznałem się z warunkami realizacji przedmiotu konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
5. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
Miejscowość, data

niepotrzebne skreślić

.....  
czytelny podpis osoby/osób  
upoważnionych do reprezentacji Oferenta

INSPEKTOR

mgr inż. Małgorzata Porębska

SEKRETARZ GMINY

mgr Dominika Gmińska

3/3

BURMISTRZ

mgr inż. Grzegorz Kupezyk