

Załącznik nr 2
do zarządzenia Nr 42 /06
Wójta Gminy Dobrcz
z dnia 18 października 2006r.

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący realizacji programu zdrowotnego :
„Szczepienia przeciw grypie”.

Urząd Gminy 86-022 Dobrcz ul. Długa 50	Wypełnia Urząd Data wpływu (rok/miesiąc/dzień/godz.)
---	--

1. Podmiot składający ofertę:

(nazwa i siedziba publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz numer KRS rejestru
publicznych zakładów opieki zdrowotnej)

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

2. Informacje o prowadzonej działalności za okres ostatniego 1,5 roku (od 01.01.2005r. do 30. 06.2006r.)

a) wielkość i struktura zakładu (ilość zatrudnionych)

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

b) rodzaje i liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych

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

c) informacje i przychodach z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju

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

.....

.....

.....

.....

3. Plan rzeczowo-finansowy

a) liczba możliwych do wykonania zadań

.....

.....

.....

b) kalkulacja kosztów w/w zadań

.....

.....

.....

.....

c) podział kosztów na wydatki bieżące i inwestycyjne

.....

.....

.....

.....

.....

d) koszty ogółem

.....

.....

e) koszt udzielenia świadczenia w ramach programu na jednego pacjenta

.....

.....

4. Warunki wykonania programu zdrowotnego:

a) pomieszczenia:

	Liczba	Powierzchnia (w m ²)
Pomieszczenia do udzielania świadczeń		
Pomieszczenia do		
Wydzielona Rejestracja		
Gabinet Lekarski		

b) aparatura i sprzęt medyczny

.....

.....

.....

.....

c) środki transportu i łączności

.....

.....

.....

.....

.....

d) sposób rejestracji pacjentów

.....

.....

3. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób mogących udzielać świadczeń w ramach programu zdrowotnego –

liczba personelu:

liczba etatów:

Wykaz imienny	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Wykaz godzin w miesiącu

5.Dodatkowe informacje (opinie):

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

Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu zgodnie z dokumentacją:

1. 2. 3.

Wymagane załączniki do oferty:

- wypis z KRS publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- zaświadczenie o nr NIP,
- zaświadczenie o nr REGON,
- oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.

Numer rachunku bankowego:

.....