

Załącznik Nr 2
do Zarządzenia Nr 0050.58.2020
Burmistrza Stawiszyna
z dnia 6 sierpnia 2020 r.

FORMULARZ OFERTOWY

„Program profilaktyki nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej” RPWP.06.06.03-30-0004/18

I. DANE OFERENTA

Pełna nazwa oferenta zgodna z wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność
Leczniczą:

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

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

.....
.....

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru

.....
.....

Dane adresowe siedziby podmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej adres do
korespondencji:

kod pocztowy:.....

miejsowość:.....

ulica i numer:.....

numer telefonu:.....

e-mail:.....

Nazwa podmiotu leczniczego:

.....
.....

Numer NIP:

Numer REGON:.....

Nazwa banku:.....

Numer rachunku bankowego:.....

Rozliczenie realizacji zadania będzie dokonywane na podstawie:

- a) rachunku *
- b) faktury VAT *

* niepotrzebne skreślić

II. KALKULACJA KOSZTÓW

Poszczególne składowe	koszt zł
1.	
2.	
3.	
Koszt ogółem:	

III. LICZBA OSÓB WYKONUJĄCYCH BADANIA I KONSULTACJE W RAMACH PROGRAMU

liczba osób biorących udział w realizacji programu:.....

IV. INFORMACJA O DOSTĘPNOŚCI DO USŁUG (np. badania w godzinach popołudniowych, w dni wolne od pracy, dostępność dla osób niepełnosprawnych)

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

V. INFORMACJA O DOŚWIADCZENIU W REALIZACJI PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH, W TYM ZAKRESIE NOWOTWORÓW

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

**VI. INFORMACJA O DOŚWIADCZENIU W REALIZACJI BĄDŹ
W UCZESTNICTWIE W PROJEKTACH FINANSOWANYCH Z FUNDUSZY
EUROPEJSKICH.**

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

**VII. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWEJ WSPÓŁPRACY Z PODMIOTAMI LUB
ORGANIZACJAMI PODEJMUJĄCYMI DZIAŁANIA W ZAKRESIE
PROFILAKTYKI ZDROWIA (w szczególności profilaktyki chorób nowotworowych)**

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

**VIII. PODPIS OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTACJI PODMIOTU
ZGODNIE Z DOKUMENTACJĄ:**

1.....
2.....
3.....

Wymagane załączniki do oferty:

- 1) aktualny odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub innego właściwego rejestru,
- 2) kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej,
- 3) oświadczenia (wzór w załączeniu):
 - a) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu i regulaminem organizowania konkursu,
 - b) oświadczenie oferenta, że sprzęt medyczny, używany do realizacji badań, spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (dz. U. z 2020 r., poz. 186 ze zm.)
 - c) oświadczenie o warunkach lokalowych.

- d) oświadczenie oferenta, że osoby realizujące poszczególne działania w ramach realizacji programu posiadają kwalifikacje i aktualne uprawnienia do ich wykonywania
- e) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodne z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
- f) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności na umyśle przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- g) oświadczenie, że oferent jest jedynym posiadaczem rachunku, na które zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
- h) oświadczenie oferenta, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą.