

**Oferta dotycząca zamówienia na realizację „Gminnego programu profilaktyki próchnicy dla dzieci”.**

**I. Dane dotyczące oferenta**

Nazwa oferenta	
Adres siedziby /adres do korespondencji/	
Forma organizacyjna	
Dyrektor/ kierownik podmiotu/właściciel <b>Tel. kontaktowy</b>	
Osoby upoważnione do podpisywania zobowiązań finansowych	
Osoba odpowiedzialna za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia <b>Tel. kontaktowy</b>	
NIP	
REGON	
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.	.....
Polisa OC	Okres obowiązywania od..... do..... Suma gwarancyjna.....
Nazwa banku, numer konta	
Źródła finansowania działalności w 2015r.	

## II. Kwalifikacje personelu medycznego

Realizującego program promocji zdrowia w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert:

Lp	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych, specjalizacja, odbyte kursy	Nr statystyczny uprawnień, nr prawa wykonywania zawodu
1	2	3	4

## III. Kalkulacja kosztów zamówienia (należy wypełnić wszystkie rubryki)

Proponowany koszt realizacji programu (w pełnych złotych) wraz z kalkulacją elementów należności.

Nazwa i adres placówki, w której realizowany będzie program (w przypadku realizacji programu w gabinecie stomatologicznym na terenie szkoły dodatkowo zgoda dyrektora placówki) *	
Należy podać ilość godzin w miesiącu realizacji programu (można zaproponować harmonogram pracy)	
Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pracy świadczonej w ramach programu w PLN	
Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pracy osoby obsługującej program (asystentka stomatologiczna) w PLN	
Suma	

.....  
Data

.....  
podpis i pieczęć osoby  
upoważnionej