

Oferta dotycząca zamówienia na realizację „Gminnego programu profilaktyki próchnicy dla dzieci” w 2017 roku.

I. Dane dotyczące oferenta

Nazwa oferenta	
Adres siedziby /adres do korespondencji/	
Forma organizacyjna	
Dyrektor/ kierownik podmiotu/właściciel Tel. kontaktowy	
Osoby upoważnione do podpisywania zobowiązań finansowych	
Osoba odpowiedzialna za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia Tel. kontaktowy	
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 2017r.	

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 (np.asystentka stomatologiczna) w PLN	
Suma	

.....
Data

.....
podpis i pieczęć osoby
upoważnionej