Załącznik nr 2

**Formularz Ofertowy – Informacje o oferencie**

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi   
i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych w Mieście Lubliniec oraz wśród mieszkańców w wieku 65+ na lata 2022 – 2026” w latach 2022-2023

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

……………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………….......

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

……………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………….......

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.: ……………………………………………………………………………………

b) numer fax. ……………………………………………………………………………………

b) adres e-mail: …………………………………………………………………………………

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

……………………………………………………………………………………………….......

5. Nr NIP Oferenta: ……………………………………………………………………………..

6. Nr REGON Oferenta: ………………………………………………………………………...

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – jeżeli dotyczy (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru): ………………………………………………………………………..

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej: …………………………………………………………………………………...

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

……………………………………………………………………………………………….......

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię   
i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

……………………………………………………………………………………………….......

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

……………………………………………………………………………………………….......

12. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę (jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert):

……………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………….......

13. Miejsce udzielania świadczeń w ramach realizacji II i III etapu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa | Adres | tel. kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji | Dni i godziny realizacji zadania |
|  |  |  |  |

14. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do udzielania świadczeń w ramach realizacji II i III etapu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Niezbędne kwalifikacje/kompetencje do realizacji Programu | Forma współpracy z oferentem | Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu  (zakres obowiązków) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

15. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji II i III etapu:

……………………………………………………………………………………………….....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

16. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na miesiące.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rok | Miesiąc | Rodzaj działań w ramach realizacji Programu |
| 1 | 2022 | Wrzesień |  |
| 2 | 2022 | Październik |  |
| 3 | 2022 | Listopad |  |
| 4 | 2022 | Grudzień |  |
| 5 | 2023 | Styczeń |  |
| 6 | 2023 | Luty |  |
| 7 | 2023 | Marzec |  |
| 8 | 2023 | Kwiecień |  |
| 9 | 2023 | Maj |  |
| 10 | 2023 | Czerwiec |  |

17. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

……………………………………………………………………………………………….....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

18. Planowane działania informacyjne:

……………………………………………………………………………………………..........

……………………………………………………………………………………………..................................................................................................................................................................

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu**:

………………………. ……………………………..

(data) (pieczątka i podpis osoby/osób

upoważnionych do reprezentacji oferenta)