

Załącznik nr 1
do Umowy nr
z dnia

**Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia -
program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie
rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Olsztynek na lata 2025-2027” na rok
2025**

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia -
program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji
leczniczej mieszkańców gminy Olsztynek na lata 2025-2027” na rok 2025

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

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

.....

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 Programu (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 Programu:

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 PPZ:

.....

16. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na kwartały.

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji Programu
1	2025	II	
2	2025	III	
3	2025	IV	

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

.....

18. Planowane działania informacyjne:

.....

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....

(data, pieczęć i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta)

