

Załącznik Nr 1 do umowy Nr
zawartej w dniu pomiędzy
Gminą Miasto Rzeszów a

Formularz Ofertowy – Informacje o Oferencie

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia
- program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń meningokokowych
na lata 2025-2030” w roku 2026

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

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby Oferenta:

.....
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

1) numer tel.:

.....

2) adres e-mail:

.....

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

.....

5. Nr NIP Oferenta:

.....

6. Nr REGON Oferenta:

.....

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (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 ze strony Oferenta (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej dot. szczepień lub działalności z obszaru szczepień w ciągu ostatnich 5 lat:

.....

.....

.....

13. Miejsce udzielania świadczeń/realizowania usług 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	Rodzaj działania

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	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji programu (zakres obowiązków)
1.			
2.			
3.			
...			

15. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji PPZ:

.....

16. Harmonogram realizacji programu z podziałem na kwartały:

Harmonogram powinien zawierać m.in.:

- wszystkie niezbędne działania określone w PPZ, tj. działania informacyjne, działania edukacyjne, szczepienia ochronne przeciwko inwazyjnej chorobie meningokokowej (ICHM) – w tym lekarska wizyta kwalifikacyjna (przed podaniem każdej z dawek szczepionki) oraz szczepienie przeciwko meningokokom grupy B (3 dawki);
- miejsce oraz czas realizacji w/w działań w programie;
- opis sposobu rekrutacji do programu z określeniem czasu trwania rekrutacji, sposobu dokonywania zgłoszeń, informowanie o prowadzonej rekrutacji.

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji programu	Miejsce realizacji działań
1.	2026	I		
2.	2026	II		
3.	2026	III		
4.	2026	IV		

17. Opis sposobu zapewnienia dostępności (architektonicznej, cyfrowej i informacyjnej) dla osób ze szczególnymi potrzebami:

.....

.....

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....

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