**Załącznik nr 1**

do konkursu ofert na wybór realizatora

„Programu Profilaktyki zakażeń HCV wśród Mieszkańców Giżycka”

|  |
| --- |
| **CENTRUM PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ** **I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ****TEL: 87-429-13-36** |

 ………………………………………………

 ***Pieczątka firmowa oferenta***

**Formularz oferty na realizację „Programu Profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców Giżycka”**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | **DANE OFERENTA** |
| 1. | Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| numer tel.: | numer faksu: | e-mail: |
| 3. | Osoba (y) upoważniona (e) do reprezentowania oferenta |  |
| 4. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |
| 5.  | NIP |  |
| 6.  | REGON |  |
| 7. | Dyrektor/ Prezes/ Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr. tel., fax) |  |
| 8.  | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr. tel.) |  |
|  9. | Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu(imię i nazwisko, nr. tel.) |  |
| 10.  | Nazwa banku |  |
| 11. | Numer konta |  |
|  | **WARUNKI LOKALOWE** |
|  |  |
|  | **WYPOSAŻENIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM** |
|  |  |
|  | **LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ** |
|  | Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **KALKULACJA KOSZTÓW** |
|  | Cena testu na obecność przeciwciał anty-HCV |  |
| Cena wykonania testu |  |
| Cena oceny wyniku |  |
| **Koszt całkowity badania jednej osoby** |  |

…………………………………….

 *Miejscowość, data*

 ……………………………………………

*Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej (ych)*

*do reprezentacji placówki*

**UWAGA!**

1. Formularz należy wypełnić czytelnie, nie zostawiając żadnych pustych miejsc.

2. Oferent nie może modyfikować treści formularza oferty na realizację zadania.