

Załącznik Nr.2
do Zarządzenia Nr W.0050.34.2020
Wójta Gminy Świerklany
z dnia 02 marca 2020r.

.....
pieczęć firmowa oferenta

.....
data sporządzenia oferty

FORMULARZ OFERTOWY
dotyczy realizacji programu pt. "Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu z terenu Gminy Świerklany"

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta
-----	---------------------	--------------------

I. Dane o ofercie

1	Pełna nazwa podmiotu leczniczego	
2	Adres wraz z kodem pocztowym	
3	Nazwa podmiotu, który utworzył podmiot	
4	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
5	NIP	
6	Regon	
7	Statut zakładu opieki zdrowotnej lub inny akt	
8	Kierownik zakładu / imię i nazwisko, nr tel. fax./	
9	Imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu	
10	Osoba odpowiedzialna za realizację programu / imię i nazwisko / imię i nazwisko, nr tel., fax /	
11	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu / imię i nazwisko, nr tel., fax /	
12	Konto bankowe / bank i numer /	

II. Podstawowe informacje o miejscu realizacji programów

1	Miejsce realizacji programów / miejsce i telefon kontaktowy /	
2	Warunki lokalowe i wyposażenie	

III. Informacje o personelu realizującym terapię

Lp.	Imię i Nazwisko	Zawód i posiadane stopnie specjalizacji

IV. Plan rzeczowy

Lp.	Nazwa programu/ konsultacji	Opis planowanych działań/ Przewidywana liczba odbiorców
Lp.	Rodzaj świadczenia	Liczba godzin i stawka brutto za godzinę
	Informacje dodatkowe / doświadczenia, dostępność do innych usług /	

*** do oferty należy dołączyć wymagane w formularzu oferty kserokopie dokumentów potwierdzonych "za zgodność z oryginałem".**

.....
podpis kierownika/dyrektora