**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

- **Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-IV.2.2017.WP na realizację zadania pn. „**Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych w Szczecinie**”**.

**1. Pełna nazwa składającego ofertę:**

...........................................................................................................................

...........................................................................................................................

**2.Dokładny adres:…………………………………………..……..………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………….**

miejscowość kod pocztowy

ulica i numer ……………………………………………………………………………………………………………………….

telefon …………………………………………………………………fax…………………………………………………

adres e-mail.........................................................................................................

**3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:**

............................................................................................................................

............................................................................................................................

**4. Organ założycielski** **lub właściciel:**

............................................................................................................................

............................................................................................................................

**5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**

............................................................................................................................

**6. NIP:**  .................................................................

**7. Regon:**  ..................................................................

**8. Nazwa banku i rachunku bankowego**:………………………………………………..……………………

**9. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail) :**

............................................................................................................................

**10. Koordynator zadania(imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail) :** ............................................................................................................................

**11.Proponowany czas trwania umowy oraz rozpoczęcia i zakończenia szczepień …………………………………………………………………………………………………….**

**12. Miejsce realizacji planowanych działań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadania)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nazwa** | **adres** | **tel. kontaktowy** | | **dni i godziny realizacji zadania** |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

**13. Określenie składu i kwalifikacji zespołu osób realizujących zadania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **zawód i niezbędne kwalifikacje do realizacji zadań/nr prawa wykonywania zawodu** | **Forma współpracy z oferentem** | **udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**14. Zakładane rezultaty realizacji zadania :…………………………………..………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………..**

**15. Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy:**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**16. Planowane działania informacyjno promocyjne:**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.**

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

data: pieczątka i podpis(y) osób uprawnionych do  
 reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty  
 wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców