Załącznik nr 1

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

Pieczęć Oferenta

**Formularz ofertowy**

Konkurs na realizację następujących programów zdrowotnych w roku 2018:

* **„Program zdrowotny na lata 2013 – 2018, dotyczący szczepień profilaktycznych dla dzieci zamieszkałych na terenie gminy Masłów, przeciwko bakteriom meningokokowym grupy C”**

**oraz**

* **„Program zdrowotny na lata 2013 – 2018, dotyczący szczepień profilaktycznych dla dzieci zamieszkałych na terenie gminy Masłów, przeciwko bakteriom pneumokokowym”**

I. NAZWA OFERENTA : ...........................................................................................................

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

II.ADRES OFERENTA : .............................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...III.DANE OFERENTA : ................................................................................................................

- nr telefonu...................................................................................................................................

- adres mailowy …………………………………………………………………………………………………...

- nr faksu.......................................................................................................................................

- nr konta bankowego...................................................................................................................

IV. CENA OFERTOWA:

**1. Szczepienia przeciwko bakteriom meningokokowym grupy C:**a/ Cena ofertowa usługi na osobę................................................................................zł brutto

 (słownie:.........................................................................................................................)

b/ Wartość całkowita za wykonanie co najmniej **24** szczepień :…………..……………..… zł brutto

(słownie:.........................................................................................................................)

**2. Szczepienia przeciwko bakteriom pneumokokowym**

a/ Cena ofertowa usługi na osobę................................................................................zł brutto

(słownie:.........................................................................................................................)

b/ Wartość całkowita za wykonanie co najmniej **17** szczepień :……………………..……… zł brutto

(słownie:..........................................................................................................................)

**3. Wartość całkowita wykonania co najmniej 41** szczepień: ( poz.1b + poz. 2b)

………………………………………………………………………………….…… zł brutto

(słownie:..........................................................................................................................)

5. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ: …………………………………………………………………………………………………..

- nr telefonu.................................................................................................................................

- adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………..

- nr faksu......................................................................................................................................

…………………., dnia……………..……
 (miejscowość)

 ……………………………………

 (Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)