

**Załącznik nr 2
do zarządzenia Nr 14A /07
Wójta Gminy Dobrcz
z dnia 27 kwietnia 2007r.**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący realizacji programu zdrowotnego :
„Zapobieganie chorobom gruźlicy i raka płuca oraz badania profilaktyczne
chorób układu krążenia grupy wiekowej 40-55 lat”.

Urząd Gminy 86-022 Dobrcz ul. Długa 50	Wypełnia Urząd Data wpływu (rok/miesiąc/dzień/godz.)
---	---

1. Podmiot składający ofertę:

(nazwa i siedziba publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz numer KRS rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej)

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

2. Informacje o prowadzonej działalności za okres ostatniego 1,5 roku (od 01.06.2005r. do 31. 12.2006r.)

a) wielkość i struktura zakładu (ilość zatrudnionych)

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

b) rodzaje i liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych

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

c) informacje i przychodach z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju

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

3. Plan rzeczowo-finansowy

a) liczba możliwych do wykonania zadań

.....

.....

.....

.....

.....

b) kalkulacja kosztów w/w zadań

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) podział kosztów na wydatki bieżące i inwestycyjne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

d) koszty ogółem

.....

.....

.....

.....

.....

e) koszt udzielenia świadczenia na jednego pacjenta

.....

.....

.....

.....

.....

4. Warunki wykonania zadania:

a) pomieszczenia:

	Liczba	Powierzchnia (w m ²)
Pomieszczenia do		
Pomieszczenia do		
Wydzielona Rejestracja		
Gabinet Lekarski		

b) aparatura i sprzęt

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

c) środki transportu i łączności

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

d) sposób realizacji zadania

.....
.....

3. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób mogących wykonać zadanie

.....

liczba personelu:

liczba etatów:

Wykaz imienny	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Wykaz godzin w miesiącu

5.Dodatkowe informacje (opinie):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu zgodnie z dokumentacją:

1. 2. 3.

Wymagane załączniki do oferty:

- wypis z KRS publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- zaświadczenie o nr NIP,
- zaświadczenie o nr REGON,
- oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.

Numer rachunku bankowego:

.....