**Formularz ofertowy na wyłonienie realizatora Gminnego Programu Poprawy Zdrowia w Zakresie Rehabilitacji Leczniczej na rok 2020**

1. Pełna nazwa oferenta: ..............................................................................................................

2. Dokładny adres siedziby: ........................................................................................................

tel. fax ......................................................................................................................................

email: .......................................................................................................................................

3. Dokładny adres miejsca realizacji zadania:

miejscowość, ul. tel. fax ..........................................................................................................

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

4. Numer wpisu do rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r.  
o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.) i oznaczenie organu dokonującego wpis:

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

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

5. NIP: ........................................................................................................................................

6. Regon: ....................................................................................................................................

7. Osoba/osoby upoważnione do podpisywania umów w ramach realizacji zadania:

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

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

8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię, nazwisko, numer telefonu komórkowego):

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

9. Nazwa banku ………………………………….......................………………………...........……

nr rachunku bankowego …………………….……………………….........………………………

10. Proponowany termin wykonywania świadczeń zdrowotnych:

…………………………………………………………………………………………………

11. Dane oferenta dotyczące warunków lokalowych oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zabiegu** | **Sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zabiegu** | **Liczba jednostek** | **Sprzęt własny czy dzierżawiony** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |