

Załącznik Nr 4  
do Uchwały Nr 335/2017  
Zarządu Powiatu Mogileńskiego  
z dnia 22 lutego 2017r.

.....  
(pieczęć podmiotu)

**OFERTA PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE  
ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA  
FINANSOWANEGO PRZEZ POWIAT MOGILEŃSKI :**

**w ramach otwartego konkursu ofert na wybór realizatora Programu Profilaktycznych  
Szczepień Przeciwko HPV stanowiącego przyczynę raka szyjki macicy w szkołach  
prowadzonych przez Powiat Mogileński w roku szkolnym 2016/2017 (kontynuacja)**

I. DANE OFERENTA			
Nazwa oferenta:			
Adres:	miejsowość:	kod:	ulica i nr domu:
	nr telefonu:	numer faksu:	E-mail:
Nazwa banku:			
Numer konta:			
Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):			
1. ....			
2. ....			
Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących ofert (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):			
3. ....			

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU

  
mgr inż. Tomasz Barczak

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....  
.....

**II. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ**

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

**III. DOTYCHCZASOWA DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE PRZEPROWADZANIA SZCZEPIEŃ**

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

**IV. INNE DANE**

1. Proponowana nazwa programu do celów medialnych i promocyjnych:

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

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU

mgr inż. Tomasz Barczak

2. Zakładane rezultaty realizacji programu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Partnerzy w realizacji zadania:

.....

.....

4. Informacje na temat dotychczasowych zadań realizowanych we współpracy z administracją publiczną:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Posiadane zasoby (lokalowe, finansowe, sprzętowe i inne – ważne z punktu widzenia realizacji zadania):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU  
mgr inż. Tomasz Barczak



## V. KOSZTORYS

Liczba osób, które zostaną objęte szczepieniami	.....
Typ szczepionki	Czterowalentna
Koszt udzielenia usługi medycznej 1 pacjentce (A + B + C+D) w tym:	
A. Koszt szczepionki (pełnego cyklu)	
B. Koszt badania lekarskiego i kwalifikacji do szczepienia	
C. Akcja informacyjno – edukacyjna	
D. Inne koszty (jakie?)	
E. RAZEM KOSZT WSZYSTKICH OSÓB OBJĘTYCH SZCZEPIENIEM	

➤ Ewentualne uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU

mgr inż. Tomasz Barczak

➤ Dodatkowe uwagi lub informacje wnioskodawcy:

.....  
.....

VI. Informacja o szczepionce:  
nazwa szczepionki, karta charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz  
dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu.

.....  
.....

.....  
(pieczęć podmiotu)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu podmiotu)

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU

mgr inż. Tomasz Barczak

