

.....
(pieczęć podmiotu)

**OFERTA PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE ŚRODKÓW
FINANSOWYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA FINANSOWANEGO PRZEZ
PREZYDENTA MIASTA SUWAŁK NA:**

**Program pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy dla mieszkanek Suwałk
w wieku 13 lat.**

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 oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):			
1.			

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:

.....
.....

2. Sposób rekrutacji uczestników:

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

3. Zakładane rezultaty realizacji programu:

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

V. KOSZTORYS

Liczba osób, które zostaną objęte szczepieniami		
Typ szczepionki*	Czterowalentna	Dwuwartentna
*proszę zaznaczyć szczepionkę która będzie zastosowana		
Koszt udzielenia usługi medycznej 1 pacjentce (A + B + C) w tym:		
A. Koszt szczepionki (pełnego cyklu)		
B. Koszt badania lekarskiego i kwalifikacji do szczepienia.		
C. Inne koszty (jakie?)		

➤ Ewentualne uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Ewentualny finansowy i poza finansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania:

.....

.....

.....

.....

➤ Dodatkowe uwagi lub informacje wnioskodawcy:

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć podmiotu)

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