

REALIZACJA ZADANIA, Z ZAKRESU PROMOCJI ZDROWIA,  
POLEGAJĄCEGO NA WYKONANIU BADAŃ  
W KIERUNKU WYKRYCIA CHOROÓB KRWI  
WŚRÓD UCZNIÓW OSTATNICH KLAS SUWALSKICH GIMNAZJÓW

.....  
(pieczęć podmiotu)

**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 statutowo 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.		

**III. DOTYCHCZASOWA DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE BADAŃ PROWADZONYCH W KIERUNKU WYKRYCIA CHOROÓB KRWI WŚRÓD UCZNIÓW OSTATNICH KLAS SUWALSKICH GIMNAZJÓW**







## V. KOSZTORYS

Koszt badania krwi dla jednego ucznia		
Planowana przez oferenta liczba uczniów, którzy zostaną przebadani		
<b>Źródło finansowania udzielanych świadczeń</b>	<b>zł</b>	<b>%</b>
Wnioskowana kwota		
Finanse własne		
Ewentualne wpłaty i opłaty uczestników projektu - z jakiego tytułu?		
Inni sponsorzy publiczni – jacy?		
Inni sponsorzy prywatni – jacy?		
Ogółem		100%

➤ Ewentualne uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

➤ Ewentualny poza finansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):

.....

.....

.....

.....

➤ Dodatkowe uwagi lub informacje wnioskodawcy:

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć podmiotu)

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