Załącznik nr 1  
do ogłoszenia o konkursie

…………..........................

(pieczęć podmiotu)

**Oferta podmiotu ubiegającego się o przyznanie środków finansowych na realizację zadania finansowanego przez Prezydenta Miasta Suwałk na:**

**PROGRAM SZCZEPIEŃ PRZECIWKO WIRUSOWI BRODAWCZAKA LUDZKIEGO DLA MIESZKANEK SUWAŁK**

**w 2019 roku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | | | |
| Nazwa oferenta: |  | | |
| Adres: | miejscowość: | 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **III. DOTYCHCZASOWA DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE PRZEPROWADZANIA SZCZEPIEŃ** | | |
|  | | |

**IV. INNE DANE**

1. Proponowana nazwa programu do celów medialnych i promocyjnych:

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Sposób rekrutacji uczestników:

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** **…………………………………………………………………………………………**

1. Zakładane rezultaty realizacji programu:

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

1. Partnerzy w realizacji zadania:

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**V. KOSZTORYS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób, które zostaną objęte szczepieniami** | ......................................................... |
| Typ szczepionki\*  \*proszę wpisać nazwę, która będzie zastosowana | .......................................................... |
| Koszt udzielenia usługi medycznej 1 pacjentce (A + B + C + D)  w tym: | ............................................ |
| 1. Koszt szczepionki (pełnego cyklu) | ............................................ |
| 1. Koszt badania lekarskiego  i kwalifikacji do szczepienia. | ............................................. |
| 1. Koszt przeprowadzenia akcji informacyjno - edukacyjnej | ....................................... |
| 1. Inne koszty (jakie?) | ............................................ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Źródło finansowania udzielanych świadczeń** | **zł** | **%** |
| Wnioskowana kwota |  |  |
| Finanse własne |  |  |
| Inni sponsorzy publiczni – jacy? |  |  |
| Inni sponsorzy prywatni – jacy? |  |  |
| Ogółem |  | 100% |

* 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)