

Załącznik Nr 2  
do Zarządzenia Nr VII/57/2017  
Wójta Gminy Dobroń  
z dnia 04 września 2017r.

### FORMULARZ OFERTOWY

Do konkursu ofert na realizację „Programu profilaktyki próchnicy dla dzieci w wieku 8 lat z terenu gminy Dobroń” w roku 2017

#### I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa Oferenta
2. Adres Oferenta
3. Telefon, fax., e-mail Oferenta
4. NIP
5. REGON
6. Numer konta bankowego Oferenta (nazwa banku)
7. Nazwisko i imię (tel. kontaktowy) osoby upoważnionej do reprezentowania i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta

8. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*

*\*Zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016r., poz. 1638 z późn. zm.) oraz § 16 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz.U. z 2014r., poz.325)*

## II. Informacje o miejscu wykonania zadania

1. Miejsce realizacji zadania (adres gabinetu znajdującego się na terenie gminy Dobroń)

2. Dostępność (dni i godziny przyjmowania dzieci zakwalifikowanych do programu)

3. Możliwość telefonicznej rejestracji (numer telefonu)

4. Opis warunków lokalowych (w których będą świadczone usługi stomatologiczne)

5. Wyposażenie gabinetu stomatologicznego

6. Podanie osób, które będą realizowały świadczenia w ramach programu objętego przedmiotem konkursu wraz z rodzajem kwalifikacji zawodowych

### III. Plan rzeczowo – finansowy

Lp.	Świadczenie	Jednostka rozliczeniowa	Maksymalna liczba przewidywanych świadczeń/materiałów	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Wartość (kwota brutto)
1.	Profilaktyczne badanie stomatologiczne	1 badanie			
2.	Zabezpieczenie bruzd zębów szóstych stałych lakiem szczelinowym	1 ząb			
3.	Uzupełnienie braków położonego laku u dzieci, które miały wykonane lakowanie	1 ząb			

Planowany koszt całkowity realizacji programu – kwota brutto w zł:  
(słownie):

### IV. Informacja o organizacji świadczeń zdrowotnych, dni i godziny udzielania świadczeń

--

### V. Informacje dodatkowe

1. Doświadczenie Oferenta w realizacji programów zdrowotnych, w tym z zakresu stomatologii (rodzaje programów, termin realizacji, Zleceniodawca programu)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Oświadczam, że:

- wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty;
- nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego;
- świadczenia wykonywane w ramach programu nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

.....  
Podpis Oferenta

Pouczenie:

- Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
- Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.