Załącznik nr 2

**Formularz ofertowy**

**do konkursu na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości w populacji dzieci w Gminie Jastków na lata 2018-2019”**

1. Dane oferenta (pełna nazwa, adres, telefon, e-mail, NIP, REGON)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................................................

1. Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania (telefon kontaktowy)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................................

1. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu (telefon kontaktowy)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................................

1. Nazwa banku i nr konta bankowego

…………………………………………………………………………………...........................

1. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nr i data wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………..

6. Zasoby kadrowe przewidziane do zaangażowania przy realizacji programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Zakres działań w ramach realizacji przedmiotu zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

7. Całkowity koszt realizacji programu w zł brutto: ............................................................. zł.

 (słownie: .................................................................................................................................):

**w tym\*:**

1. koszt realizacji I etapu programu przesiewowego w 2018r. -.............................................zł

(słownie: ………………………...........................................................................................);

1. koszt realizacji II etapu programu interwencyjnego w 2019 r.- ..........................................zł (słownie .............................................................................................................................. ).

\* w podziale kosztów na lata realizacji należy uwzględnić wysokość zaplanowanych środków finansowych na realizację przedmiotu konkursu

8. Okres realizacji programu: od dnia zawarcia umowy do 30.11.2019 r.

Jastków, dnia ………………… ....................................................

 /podpis osoby upoważnionej

 do reprezentowania oferenta/

Do oferty należy dołączyć:

1. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
2. wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny oraz kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w przypadku podmiotów leczniczych),
3. statut podmiotu leczniczego – nie dotyczy przedsiębiorców, zgodnie z art. 23 i 24 w związku z art. 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160),
4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
5. oświadczenie Oferenta zawierające informację, że świadczenia konkursowe nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ani inne podmioty,
6. oświadczenie Oferenta potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych konkursem,
7. oświadczenie Oferenta potwierdzające sytuację finansową gwarantującą realizację zadania,
8. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
9. oświadczenie Oferenta o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.