

Urząd Miasta Skarżyska-Kamiennej
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
tel. 041 25 20 118, 041 25 20 154

.....
Pieczęć nagłówkowa

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący realizacji w roku 2010
szczepień ochronnych dla mieszkańców Miasta Skarżyska-Kamiennej

I. DANE OFERENTA			
NAZWA OFERENTA (zgodnie z dokumentem rejestrowym):			
Forma organizacyjna:			
Dyrektor/Kierownik:	imię:	nazwisko:	
Adres siedziby firmy:	kod:	miejsowość:	dzielnica, ulica i numer domu:
	numer telefonu:		e-mail:
NIP:		REGON:	
Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody:	Nr:		Data rejestracji:
Główny księgowy lub osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego			
Nazwa banku:			
Numer konta			

II. KALKULACJA KOSZTÓW:**Szczepienia ochronne przeciw meningokokom dla dzieci urodzonych w roku 2000 (szczepionka skoniugowana)**

Liczba dzieci urodzonych w roku 2000 (wg stanu na dzień 01.03.2010 r. zgodnie z danymi podawanymi do NFZ O/świętokrzyski)	
Proponowany koszt zaszczepienia jednej osoby (wywiad, lekarskie badanie kwalifikacyjne, wykonanie szczepienia)	
Proponowany łączny koszt szczepień/ rezultat	

Szczepienia ochronne przeciw grypie dla osób powyżej 70 roku życia (urodzonych do 1940 r. włącznie)

Liczba osób powyżej 70 roku życia (wg stanu na dzień 01.03.2010 r. zgodnie z danymi podawanymi do NFZ O/świętokrzyski)	
Proponowany koszt zaszczepienia jednej osoby (wywiad, lekarskie badanie kwalifikacyjne, wykonanie szczepienia)	
Proponowany łączny koszt szczepień/ rezultat	

Łączny koszt szczepień**III. PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY****IV. WARUNKI LOKALOWE, WYPOSAŻENIE W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY ORAZ ŚRODKI TRANSPORTU I ŁĄCZNOŚCI (istotne z uwagi na rodzaj realizowanych świadczeń zdrowotnych):****1. Warunki lokalowe:****2. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:****3. Środki transportu i łączności:**

