Załącznik Nr 2

 do Zarządzenia Nr 414/2020

 Burmistrza Gostynia

 z dnia 4 września 2020 r.

………………………………………… ……………………………………..

(Nazwa i adres oferenta) (Miejscowość i data)

**OFERTA**

Burmistrz Gostynia

Rynek 2

63-800 Gostyń

Odpowiadając na konkurs ofert dotyczący realizacji w 2020 roku programu polityki zdrowotnej „Stop próchnicy – profilaktyka stomatologiczna dla dzieci z gminy Gostyń”:

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję/emy warunki w nim zawarte.
2. Dane o oferencie:
3. nazwa i siedziba zakładu;
4. NIP, REGON;
5. numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych;
6. Oferowana cena kosztów objęcia programem:
7. jednego dziecka objętego badaniem - …… zł brutto (słownie: ………………………………………………………………………………...….. );
8. jednego dziecka objętego lakowaniem - …… zł brutto (słownie: ………………………………………………………………………………...….. );
9. koszty spotkań dla rodziców/opiekunów i dzieci - …… zł brutto (słownie: ……………………………………………………………………………………..);
10. koszty zakupu lub druku materiałów edukacyjnych (575 sztuk) - …….. zł brutto (słownie: …………………………………………………………………………. ).
11. Koszt całkowity zadania: …………………………..……………zł brutto (słownie: ……………………………………………………………………………………). (575 osób x koszt jednostkowy z pkt 3.1) + (575 osób x koszt jednostkowy z pkt 3.2) + (koszt z pkt 3.3) + (koszt z pkt 3.4)
12. Oświadczam/y, że posiadam/y następujące warunki lokalowe do realizacji zadania (wskazać jakie), które spełniają wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 roku, poz. 595).

 ………………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że posiadam/y następującą kadrę do realizacji zadania (podać liczbę i kwalifikacje zawodowe osób) ………………….……………………………………………………………….…...……………………………………………………………………………….………
2. Oświadczam/y, że gabinet stomatologiczny czynny będzie w dniach tygodnia …………………….. i godzinach ………….
3. Oświadczam/y, że posiadam/y doświadczenie w zakresie:
4. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1) aktualny odpis z właściwego rejestru podmiotów leczniczych;

2) szczegółowy opis działań realizowanych w ramach programu;

3) dokumenty potwierdzające kwalifikacje kadry realizującej zadanie (kserokopia dokumentów potwierdzających prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, stomatologa);

4) potwierdzenie prawa do lokalu, w którym w ramach realizacji programu będą

 wykonywane świadczenia profilaktyczno – lecznicze.

……………………………………………..

(podpis oferenta)

Burmistrz

/-/ mgr inż. Jerzy Kulak