**FORMULARZ OFERTOWY** Załącznik nr 2

|  |
| --- |
| ***I. KALKULACJA KOSZTÓW:*** |
| ***(opis poszczególnych etapów działań i badań będących składnikami ceny)*** |
| 1. |
| *2.* |
| *3.* |
| 4. |
| *5.* |
| *6.* |
| *7.* |
| 8. |
| ***Koszt badania jednej osoby w całości brutto*** |
| ***Planowana przez oferenta liczba mężczyzn do objęcia programem*** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| II . LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB REALIZUJĄCYCH PROGRAM | | | |
| L.p. | *Imię* | *Nazwisko* | *Kwalifikacje zawodowe- posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych /lata pracy nazwa programu, czas realizacji, kto zlecał/* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***III. MIEJSCE I CZAS REALIZACJI PROGRAMU*** | | | |
| *Lp.* | *Miejsce realizacji programu* | *Czas realizacji programu* | *Liczba osób objętych programem* |
| 1 | Gminy: |  |  |
| 2 | Gminy dodatkowe |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***IV. HARMONOGRAM MERYTORYCZNY DZIAŁAŃ*** | |
| *Lp.* | *Działania planowane przy realizacji programu (należy wymienić poszczególne działania prowadzone  w ramach realizowanego programu).* |
| 1. |  |
| 2. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***V . DOTYCHCZASOWA UDOKUMENTOWANA DZIAŁALNOŚĆ OFERENTA W REALIZACJI PROGRAMOW ZDROWOTNYCH/dokument poświadczony za zgodność z oryginałem/*** | |
| Dotychczasowa działalność w dziedzinie | 1…………………………………………….  2……………………………………………. |
| liczba przebadanych osób |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***VI. DODATKOWE PROPOZYCJE DOTYCZĄCE REALIZACJI PRZEDMIOTOWEGO PROGRAMU*** | |
| 1. |  |
| 2. |  |

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

Miejscowość, data Podpis i pieczęć składającego ofertę