**Załącznik nr 2**

**Oferta**

(wzór)

|  |
| --- |
| **Dane Oferenta** |
| Pełna nazwa[[1]](#footnote-1)  |  |
| Kraj |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer budynku |  |
| Numer lokalu |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| PKD |  |
| KRS |  |
| Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej/osób upoważnionych do podpisania umowy |  |
| **Dane Osoby Wyznaczonej do Kontaktu w Sprawie Współpracy / odpowiedzialnej za realizację umowy** |
| Imię i nazwisko |  |
| Numer telefonu |  |
| Numer faksu |  |
| Adres e-mail |  |
| **Nazwa i adres placówki, przez którą realizowana będzie umowa (zakłady lecznicze)** |
| Nazwa zakładu leczniczego (Rubryka 20. Księgi Rejestrowej) |  |
| Ulica, numer |  |
| Miejscowość |  |

|  |
| --- |
| **Nazwa i adres placówki, przez którą realizowana będzie umowa (praktyki lekarskie)** |
| Firma oraz forma organizacyjno-prawna praktyki lekarskiej (Rubryka 3. Księgi Rejestrowej) |  |
| Ulica, numer |  |
| Miejscowość |  |

W przypadku chęci zgłoszenia większej niż jednej placówki POZ proszę o podanie danych w załącznikach.

**Liczba zatrudnionych w POZ:**

lekarzy mających prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej:

pielęgniarek/pielęgniarzy:

**Liczba personelu medycznego, zaangażowanego do uczestnictwa w komponencie edukacyjnym:**

Liczba pielęgniarek:

Liczba lekarzy:

**Doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych w okresie 3 ostatnich lat:**

Liczba programów zdrowotnych w trakcie realizacji lub zrealizowanych:

………………………………………………………………….

***(pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)***

1. Zgodnie z wpisem do rejestru lub ewidencji właściwym dla formy organizacyjnej Partnera – rubryka 3. lub 20. Księgi Rejestrowej. [↑](#footnote-ref-1)