

Załącznik nr 2
Oferta
(wzór)

Dane Oferenta	
Pełna nazwa 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 Kontaktowania w Sprawie Współpracy / odpowiedzialnej za realizację umowy	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Numer faksu	
Adres e-mail	

¹ Zgodnie z wpisem do rejestru lub ewidencji właściwym dla formy organizacyjnej Partnera – rubryka 3. lub 20. Księgi Rejestrowej.

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:

.....
*(pieczętka i podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji)*