Załącznik Nr 3

 do Zarządzenia139/VI /2014

 Burmistrza Miasta Milanówka

 z dnia 21 października 2014 roku

**FORMULARZ OFERTOWY**

do konkursu ofert na wybór realizatorów programu zdrowotnego „*Zdążyć przed rakiem, czyli od samobadania piersi do mammografii”* w roku 2014 w ramach Programu Ochrony i Promocji Zdrowia Mieszkańców Gminy Milanówek na lata 2014 – 2015

**Część A:**

|  |
| --- |
| **I. Dane o oferencie:** |
| 1. Nazwa oferenta
 |  |
| 1. Adres
 |  |
| 3. Telefon, fax, e-mail |  |
| 4. NIP |  |
| 5. REGON |  |
| 6. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ZUS |  |
| 7. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków |  |
| 8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (tel. kontaktowy) |  |
| **II. Krótki opis sposobu realizacji programu**  |
| (miejsce, personel, sprzęt medyczny warunki lokalowe, itp.) |  |
| **V. Inne informacje:** |
| Czy oferent uczestniczył w realizacji programów profilaktycznych w zakresie objętym przedmiotem konkursu w okresie trzech ostatnich lat ? Jeżeli tak to proszę podać w jakich. |  |

 ………………………………… …………………………………

 *miejscowość, data, pieczęć, podpis oferenta*

**Część B:**

**(wybrać opcjonalnie w zależności od programu prozdrowotnego)**

|  |
| --- |
| **ZDĄŻYĆ PRZED RAKIEM, CZYLI OD SAMOBADANIA PIERSI DO MAMMOGRAFII** |
| 1. Nazwa oferenta |  |
| 2. Adresaci programu: | kobiety zameldowane w Milanówku w wieku 45-49 lat;uczennice klas III gimnazjum uczęszczające do szkół prowadzonych przez Gminę Milanówek |
| 3. Miejsce realizacji zadania |  |
| 4. Przewidywane terminy realizacji zadania ( ostateczny termin upływa 20 grudnia 2014r.) |  |
| 5. Liczba osób realizujących program ogółem |  |
| 6. Przewidywana liczba kobiet w wieku 45-49 lat objętych badaniem |  |
| 7. Stawka za badanie |  |
| 8. Koszty przeszkolenia w zakresie samobadania piersi |  |
| 9. Przewidywana liczba kobiet przeszkolona w zakresie samobadania piersi |  |
| 10. Całkowity koszt realizacji programu  |  |

Uwagi:

**Realizator programu zobowiązany jest do zorganizowania cyklicznych akcji, w ramach których odbędą się badania, a tym samym całkowita realizacja powierzonego zadania!**

Kserokopie zaświadczeń uprawniających kadrę medyczną do realizacji tego programu oraz zaktualizowany
i szczegółowy harmonogram realizacji powierzonego zadania (dokładne terminy – dzień tygodnia, godzina oraz miejsce realizacji zadania), realizator ma obowiązek przedłożyć do Gminy Milanówek przed rozpoczęciem realizacji.

………………………………… …………………………………

 *miejscowość, data, pieczęć, podpis oferenta*