**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA z dnia 27.01.2021r.**

Tytuł projektu: Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi

Oś priorytetowa 6: Rynek pracy

Działanie 6.6 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne

Poddziałanie 6.6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne

**Dane Oferenta:**

**Nazwisko i imię: .....................................................................................**

**Adres: .....................................................................................................**

**Numer telefonu:......................................................................................**

**Adres poczty elektronicznej: ...................................................................**

Szacowanie wartości zamówienia dotyczy poniższego przedmiotu zamówienia:

1. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:
2. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów szczepiennych popołudniowych (min. 2 godz. dziennie od marca 2021 do czerwca 2023)**
3. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikacji lekarskiej pacjenta do podania jednej lub dwóch szczepionek (od marca 2021 do czerwca 2023)**

Informuję, że wartość rynkowa wykonania zamówienia w zakresie usługi określonej w przedmiocie zamówienia, uwzględniająca wszystkie elementy składowe zamówienia, w zakresie określonym w Opisie Przedmiotu Zamówienia wynosi:

Ad. 1 ……………………………………za godzinę brutto

Ad. 2 …………………………………..za 1 kwalifikację pacjenta brutto

|  |  |
| --- | --- |
| …………………..…….  Miejscowość, data | ……………………………………….………………………..  Podpis Osoby  uprawnionej do reprezentowania Oferenta |