**OFERTA**

**na realizację programu zdrowotnego w 2024 r. w zakresie programu szczepień przeciw grypie u osób powyżej 60. roku życia zameldowanych na terenie
Miasta i Gminy Morawica**

**I GRUPA**

***w sołectwach:***

 ***Brudzów, Chałupki, Chmielowice, Dębska Wola, Drochów Dolny, Drochów Górny, Kawczyn, Lisów, Łabędziów, Morawica, Nida, Obice, Radomice I, Radomice II, Wola Morawicka, Zaborze, Zbrza.***

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

*(pieczęć i pełna nazwa oferenta wraz z adresem)*

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

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

Oświadczamy, że spełniamy wymogi zawarte w ogłoszeniu i zobowiązujemy się do podpisania umowy, stanowiącej załącznik do ogłoszenia.

Proponowany koszt udzielenia świadczenia: ……………………………./1 osoba.

 ………………………………..

 *(podpis osoby upoważnionej)*