………………………………… ……………….……………………….. (Pieczęć oferenta) (Miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

na wykonanie świadczeń zdrowotnych związanych z promocją zdrowia i profilaktyką zdrowotną w zakresie „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Ożarowice na lata 2017-2021”

**I. Dane oferenta:**

Pełna nazwa: ……………………………………………………………….………………….......…………………..………………………………………………………………………………………………………..…....……………………………………………………………………………..................

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym): ………………………………………...........................…………………...……. …………………......……………………..…………..……….……..

tel.: fax:……………….......……………………….………….…….…….….

e-mail…………….. ……………………………………………………….…………………..……….

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (lub innego właściwego rejestru/ewidencji )[[1]](#footnote-1): ……………………………………………………….........................................................……………………..……………………………………………………………..…………………..……………………………………………………………………………..……………………..

NIP:………………………………………………………………….……...…………………………………………………….……….…………..…….

REGON:……………………………………………………….......………………….………….…………………..……………………………………. Nazwa banku:………………………………………….…..….....……………………………………………….……………….…………..

Numer konta:……………...……………………………….…………………………………………………………………………………..

Kierownik placówki: (nazwisko i imię, numer telefonu):………….....……………..….………....................................

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

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu:…….....…………

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

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

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

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, numer telefonu):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………................…………………………

**II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizacje świadczeń**

|  |
| --- |
| Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności, w których będzie realizowane zadanie: |
|  |

**III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne**

|  |
| --- |
| Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych |
|  |

**IV. Plan rzeczowo-finansowy**

1. Szczepienia przeciw rakowi szyjki macicy:

Dziewczęta zamieszkałe bądź uczące się na terenie Gminy Ożarowice – rocznik 2005, (planowane do zaszczepienia 30 dziewczynek)

**Nazwa szczepionki** ..................................................................................................................................

a) Kwota brutto za wykonanie szczepień u jednej osoby (tj. cena szczepionki + cena usługi obejmująca: kwalifikacyjne badania lekarskie, koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów): ................................................................................(słownie:................................................

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

b) Kwota brutto za wykonanie szczepień 30 dziewczynek x (tj. cena szczepionki + cena .usługi):.......................................................................................................................................................

(słownie)……………………………………………………………………………………………………..………………………………………

2. Przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców i dzieci rocznika 2005, w tym dziewcząt objętych programem, uzyskanie zgody rodziców/opiekunów na przeprowadzenie szczepień oraz poinformowanie rodziców/opiekunów dziewcząt o konieczności regularnych badań cytologicznych.

Kwota brutto za przeprowadzenie pełnej kampanii informacyjno-edukacyjnej…………………………….………

(słownie: ............................................................................................................................................)

3. Całkowity koszt realizacji programu brutto ( pkt 1b +2) ..............................................………………….

**V. Sposób organizacji i miejsce przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców i uczniów:**

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**VI. Proponowany czas trwania umowy:**

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

**VII. Dostępność do świadczeń zdrowotnych;**

Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres, pokój)………..........................................………………

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

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

Terminy udzielania świadczeń: ……………………………………………………………………………………….…………..………………….

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

Sposób rejestracji pacjentów:

osobiście (adres, godziny) …………………………………………………...………………………………….

telefonicznie (numer, godziny)…………………………………………………………………………………..

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wykonanie świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu szczepień profilaktycznych dla dziewcząt Gminy Ożarowice i kampanii informacyjno-edukacyjnej, projektem umowy oraz regulaminem konkursu.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

……………..…………………………………………………………………….

(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)

**Do oferty należy dołączyć:**

* załącznik nr 1

- w przypadku zakładów opieki zdrowotnej

1. odpis z rejestru podmiotów leczniczych,

2. odpis z Krajowego Rejestru Sądowego

3. zaświadczenie o nr NIP,

4. zaświadczenie o nr REGON,

5.oświadczenie oferenta o nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielonych w programie świadczeń zdrowotnych,

- w przypadku organów, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U z 2018r., poz. 2190 ze zm.) – odpis z właściwego rejestru/ewidencji.

* załącznik nr 2

- kalkulacja kosztów realizacji świadczeń określonych w pkt. IV formularza oferty z uwzględnieniem

poszczególnych elementów wchodzących w skład zaproponowanej kwoty,

- szczegółowe cele programu oraz charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować wskazane cele.

* załącznik nr 3

- kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia urnowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

* załącznik nr 4

- edukacja prozdrowotna realizowana przez oferenta oraz inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. informacje prasowe o działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje - według uznania oferenta).

Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis - „potwierdzono za zgodność z oryginałem", (datę oraz czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta). Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

1. W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 100 i 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej ( j.t . Dz. U. z 2018r., poz. 2190 ze. zm.) [↑](#footnote-ref-1)