

.....  
(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 Ożarówice 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 )<sup>1</sup>: .....

.....

.....

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

<sup>1</sup> 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 2016r., poz. 1638 z późn. zm.)

telefonu):.....  
.....

## **II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację 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 Ożarówice – rocznik 2003, (planowane do zaszczepienia 32 dziewczynki)

**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 32 osoby x (tj. cena szczepionki + cena usługi):.....

(słownie).....

2. Przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców i dzieci rocznika 2003, 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 Ożarówice 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 nier refundowaniu 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 2016r., poz. 1638 z późn. 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 umowy 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.