**Załącznik nr 1**

………………………. ……………………………..

( Pieczęć oferenta) (Miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY**

na wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki prozdrowotnej, realizowanej poprzez szczepienia przeciwko rakowi szyjki macicy dziewcząt – rocznik 1998, uczennic Gimnazjum w Ożarowicach.

**I. Dane oferenta:**

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

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

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

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

e-mail…………….. http:// ....…..…………..………………………

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:**

**Szczepienia przeciw rakowi szyjki macicy:**

**Dziewczęta – rocznik 1998, uczennice Gimnazjum w Ożarowicach**

Kwota brutto za wykonanie świadczeń u jednej osoby (tj. cena szczepionki + cena usługi): ……………………………………………………….……………….............................................…………………………….……………………………………………………………………….................................…………………………………….………………………..………………....................................................................................................................................................

Całkowity koszt realizacji świadczeń brutto: ( **40 dziewcząt** x koszt jednostkowy):

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

**V. Proponowany czas trwania umowy:**

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

**VI. Dostępność do świadczeń zdrowotnych;**

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

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

Dni tygodnia i godziny 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 oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne*,* 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 zakładów opieki zdrowotnej,

2. odpis z Krajowego Rejestru Sądowego

3. kserokopie statutu,

4. zaświadczenie o nr NIP,

5. zaświadczenie o nr REGON,

6. 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 (Dz. U Nr 112, poz. 654 ze zm.) – odpis z właściwego rejestru/ewidencji.

* załącznik nr 2

- kalkulację 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

- kserokopię 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. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.) [↑](#footnote-ref-1)