

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO
pn. „PROGRAM ZDROWOTNY DOTYCZĄCY ZAKAŻEŃ
WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W MAŁOPOLSCE”
W 2016 ROKU

w GMINIE
(wpisać właściwe)

I. DANE OFERENTA

- 1) **Pełna nazwa oferenta** (zgodnie z wpisem z właściwego rejestru)

.....
.....
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

- 2) **Adres siedziby oferenta** (miejscowość, ulica, nr lokalu, kod pocztowy)

.....
.....

Tel. Fax.

e-mail http://

- 3) **Status prawny oferenta**

.....

- 4) **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

.....

- 5) **Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (w przypadku wpisu)**

.....

- 6) **NIP**

- 7) **REGON**

- 8) **Nazwa banku i nr rachunku**

.....
.....

- 9) **Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu oferenta** (zgodnie z wpisem z właściwego rejestru), w przypadku udzielenia pełnomocnictwa – dołączyć pełnomocnictwo)

.....
.....

- 10) **Osoba odpowiedzialna za koordynację programu w podmiocie leczniczym** (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego)

.....

- 11) **Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu w podmiocie leczniczym** (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego)

.....
.....

II. ZASOBY KADROWE OFERENTA *(personel medyczny przewidziany do realizacji Programu)*

TAK ☐

NIE ☐

1) Lekarze

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (tytuł zawodowy, specjalizacja)	Posiadane doświadczenie zawodowe (staż pracy w zawodzie)	Zakres zadań w ramach programu

2) Pielęgniarki *(ewentualnie inny personel medyczny uprawniony do wykonywania szczepień)*

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (tytuł zawodowy, specjalizacja, kursy w zakresie szczepień ochronnych)	Posiadane doświadczenie zawodowe (staż pracy w zawodzie)	Zakres zadań w ramach programu

III. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH W RAMACH PROGRAMU

Warunki lokalowe i sprzętowe *(przewidziane do realizacji programu)*

- 1) Posiadanie gabinetu lekarskiego do przeprowadzenia badań dzieci objętych działaniami programu wraz z punktem szczepień, spełniającego pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa

TAK ☐

NIE ☐

Wskazać adres miejsca *(gabinetu lekarskiego z punktem szczepień)*, w którym planuje się realizację programu *(podać dokładny adres)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) Posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu

TAK ☐

NIE ☐

- 3) Posiadanie sprawnej linii telefonicznej

TAK ☐

NIE ☐

IV. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Nazwa zrealizowanego Programu:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

V. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU W GMINIE

1) Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

1.	Kalkulacja kosztów wykonania szczepienia u jednego dziecka <i>(koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki + koszty organizacyjne)</i>	Koszt jednostkowy: zł (brutto) w tym:
		a. badanie lekarskie - zł
		b. wykonanie szczepienia - zł
		c. zakupu 1 dawki szczepionki (koszt preparatu) - zł
		d. koszty organizacyjne - zł
2.	Liczba planowanych <u>dawek szczepionki</u>: <i>(należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent planuje wykonać w ramach realizacji zadania nie mniejszą niż liczba szczepionek przeznaczona dla danej gminy)</i> 	
Całkowity koszt realizacji Programu <i>(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek)</i>		

2) Informacje o preparacie farmaceutycznym, który będzie zastosowanym do szczepień

<u>Nazwa szczepionki planowanej do użycia w realizacji programu w 2016 r.</u> 	Okres ważności szczepionki
---	---

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

- 1) Sposób dotarcia z informacją o programie do rodziców /opiekunów dzieci spełniających kryteria włączenia do programu oraz sposób rekrutacji dzieci do Programu *(należy wymienić planowane działania)*

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) **Harmonogram planowanych działań z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia** (termin zakończenia realizacji zadania musi być zgodny z podanym w Ogłoszeniu konkursu ofert)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 3) **Dostępność do świadczeń objętych programem** (proszę opisać czy będzie istniała możliwość uzyskania informacji i rejestracji telefonicznej do programu oraz wskazać liczbę dni w tygodniu, w których realizowany będzie program, z uwzględnieniem godzin, w których możliwe będzie wykonanie szczepienia (od ...do...))

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

.....
(miejscowość i data)

Załączniki do oferty:

➤ Dokumenty wymagane od oferentów:

- 1) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą albo wydruk z rejestru podmiotów leczniczych,
- 2) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (albo wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu KRS pobrany na podstawie art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym) lub inny właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności oferenta, np: wydruk z CEiDG wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
- 3) pełnomocnictwo do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.

➤ Oświadczenia wymagane od oferentów:

- 1) oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS i urzędu skarbowego,
- 2) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią *Ogłoszenia konkursu ofert* na wybór realizatorów (lub realizatora) programu zdrowotnego pn. „*Program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Małopolsce*” w 2016 r.,
- 3) oświadczenie, że oferent zobowiązuje się do wykonywania świadczeń obejmujących zakres przedmiotowy konkursu na terenie Gminy, której dotyczy oferta oraz ponoszenia wyłącznej odpowiedzialności za świadczenia wykonane w ramach *Programu*, zarówno wobec Zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich, na rzecz których udzielał będzie przedmiotowych świadczeń,
- 4) oświadczenie, że oferent zapewni poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników *Programu* z zachowaniem wymogów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.),
- 5) oświadczenie, że jako podmiot leczniczy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Uwaga:

Wzór oświadczenia stanowi załącznik do formularza ofertowego.

Zarząd Powiatu Brzeskiego

Starosta - Andrzej Potępa

Wicestarosta - Ryszard Ożóg

Członek - Kazimiera Glonek

Członek - Marek Antosz

Członek - Jarosław Gurgul