Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 479/2018

Prezydenta Miasta Nowego Sącza

z dnia 03 września 2018 r.

………………………………………..

(pieczęć oferenta)

 ………………………….

( Data wpływu oferty)

 Adresat:

 **Prezydent Miasta Nowego Sącza**

 **33-300 Nowy Sącz, ul. Rynek 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Na realizację w 2018 roku**

pn. ***„Zdążyć przed grypą”- program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Nowego Sącza od 60 roku życia***.

1. **DANE OFERENTA**
2. Pełna nazwa Oferenta

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

1. Siedziba Oferenta ( zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

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

Kod pocztowy miejscowość ulica i numer lokalu

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

Telefon fax e-mail

1. Organ założycielski lub właściciel placówki:

…………………………………………………………………………………………..

1. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych: ……………………………………..
2. Nr NIP Oferenta ……………………….. Nr Regon Oferenta…………………………
3. Osoba/Osoby prawnie upoważniona/upoważnione do reprezentowania Oferenta:
4. ……………………………………………………………………………………….

imię i nazwisko funkcja

1. ………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………….
3. Osoba do kontaktów w sprawie realizacji zadania:

…………………………………………………………………………………………

1. **SPOSÓB REALIZACJI PROGRAMU**
2. Sposób rekrutacji uczestników: ……………………………………………………………………………………………
3. Rejestracja telefoniczna– podać nr telefonu, (jeśli jest możliwe podać numer telefonu, który będzie wyodrębniony do rejestracji pacjentów chcących wziąć udział w zadaniu):

 ………………………………………………………………………………………
(numer telefonu powinien był dostępny i umożliwiający kontakt bez długiego oczekiwania na połączenie)

1. **Adres miejsca (gabinetu) w którym planuje się realizację zadania**

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

1. Kwalifikacje personelu przewidzianego do realizacji programu ( lekarze/ pielęgniarki, inne osoby):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  | posiadane specjalizacje lekarzy lub kursy kwalifikacyjne ( dot. pielęgniarek) | Staż pracy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **KOSZTORYS zadania**

***cena jednostkowa obejmuje koszt:***

*- 1 dawki szczepionki*

*- badania lekarskiego z wykonaniem szczepienia*

*- przeprowadzenia kampanii informacyjno –edukacyjnej , sprawozdanie z realizacji programu*

*- rejestracja pacjentów, inne koszty administracyjne*

*- ewentualny dojazd lekarza, pielęgniarki do DPS celem wykonania badania i szczepień w przypadku realizacji szczepień w DPS.*

1. **Cena jednostkowa za szczepienie przeciw grypie** wynosi………... zł
2. Planowana liczba osób do objęcia szczepieniem wynosi ……….. ….osób,

Realizator zapewnia gotowość szczepień ochronnych w DPS 🞏 TAK  NIE

1. **Koszt całkowity realizacji programu wynosi ………………….. zł** …………………………………………………………………………..
( słownie złotych)

Obliczono na podstawie : Planowana liczba osób do objęcia szczepieniem x cena jednostkowa

4. Sposób rozliczenia:

- rachunek / Faktura VAT ( Vat wg stawki ……….. % ) - podać stawkę Vat jeżeli dotyczy

**5. W przypadku zmniejszenia liczby przeprowadzonych badań wynagrodzenie dla Realizatora odpowiadać będzie proporcjonalnemu pomniejszeniu.**

1. **INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**
2. Sposób przeprowadzenia kampanii informacyjno – edukacyjnej wśród mieszkańców Nowego Sącza, uczestników Projektu, pracowników służby zdrowia, inne np. wymagane ankiety dot. działań edukacyjnych i jakości świadczeń: …………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

1. Doświadczenia w prowadzeniu programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych:

🞏 TAK - zakres tematyczny, rok realizacji programu, wskazanie organu zlecającego program

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

🞏 NIE

1. Warunki lokalowe:

- gabinet zabiegowy z możliwością przyjmowania pacjentów zarejestrowanych do programu poza bieżącą działalnością:  TAK  NIE,

- oświadczam, że realizacja szczepień będzie tak zorganizowana, aby nie utrudniać bieżącej realizacji zadań podmiotu leczniczego

- miejsce wykonywania szczepień ( podać dokładny adres)

…………………………………………………………………………………………

1. Realizator zapewnia dojazd lekarza i pielęgniarki do DPS celem przeprowadzenia badania i wykonania szczepień przeciw grypie  TAK  NIE,
2. INFORMACJE O PREPARACIE FARMACEUTYCZNYM:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa szczepionki planowanej do użycia w realizacji programu w 2018 r.……………………………… | Rok produkcji szczepionki:……………………( szczepionka posiada aktualizację szczepów zawartych w szczepionce) |
| Należy wskazać nazwę szczepionki planowanej do użycia. Zamawiający zaznacza , że przy ocenie oferty jednym z kryteriów oceny oferty jest cena jednostkowa. Ważne aby szczepionka była bezpieczna i dopuszczona do obrotu w Polsce. Za bezpieczeństwo szczepienia odpowiada Realizator. **Szczepionka czterowalentna - zawiera 2 antygeny szczepów wirusa typu A i 2 antygeny wirusa typu B** |

1. Oświadczenia:
2. Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Nowego Sącza konkursu ofert dla wyłonienia realizatora programu pn. ***„Zdążyć przed grypą”- program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Nowego Sącza od 60 roku życia***.
3. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, udzielonym uczestnikom Programu, które są finansowane z innych środków publicznych.
4. Oświadczam, że realizacja programu jest zgodna z działalnością statutową oferenta.
5. Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Przewidywany okres realizacji zadania……………………………………………………….

………………………………. …………………………………….

**Pieczątka firmowa Oferenta Podpis i pieczątka osoby
 upoważnionej do reprezentacji
 Oferenta**