**F O R M U L A R Z  O F E R T O W Y**

**…………………………… …………………………………………….**

(Pieczęć oferenta) (Miejscowość i data)

***na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w programie zdrowotnym „Program profilaktyki zakażeń wywołanych wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla 14 – letnich dziewcząt i chłopców zamieszkałych na terenie Gminy Wicko”.***

**I.  Dane oferenta:**

Pełna nazwa

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

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym):

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

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

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

e-mail………………………………………………………

Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych\* …………..…………………………..………………...

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. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu, zawierająca koszt szczepionki wraz z kosztem badania lekarskiego i iniekcji wynosi (zł brutto) |  |
| Słownie złotych: |
| 2. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3–krotne podanie szczepionki): 3 x cena z pkt 1 wynosi (zł brutto) |  |
| Słownie złotych: |
| Szacowana liczba osób objętych szczepieniem w ramach Programu: | 2019 – 67 osób (2-krotne podanie dawki) |

**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 i chłopców z terenu Gminy Wicko oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

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

3. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów.

4. Osoby realizujące świadczenie w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.

5. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:

a) Zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,

b) Zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,

c) Udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

d) Utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia.

e) Zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

6. Posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów leczniczych świadczących usługi szczepień ochronnych.

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

Miejscowość, data (Podpis i pieczątka przedstawiciela/-li oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta)

**Załączniki wymagane do oferty:**

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o której mowa w art. 106 w zawiązku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) – zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany.

2. Polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

3. Statut oferenta.

4. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany).

5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.

6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji programu.

7. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ (jeśli oferent takie posiada).

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „Za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.