

**FORMULARZ OFERTOWY**

**dotyczący wyboru realizatora „Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Czempień na lata 2019 – 2021” w 2019 roku obejmującego dziewczynki urodzone w 2007 r. i zamieszkałe na terenie Gminy Czempień.**

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienie)	
<b>I. DANE OFERENTA</b>		
<b>Nazwa oferenta</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy</b>	(stacjonarny)	(komórkowy)
<b>Fax.</b>		
<b>e-mail</b>		
<b>Numer konta bankowego</b>		
<b>Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu</b>		
<b>Do formularza ofertowego należy dołączyć:</b>	Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk	
	Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
	Statut (jeśli oferenta taki posiada)	
	Zaświadczenie o nr NIP	
	Zaświadczenie o nr REGON	
	Polisa bądź zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej	

<b>Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu</b>	
<b>Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego</b>	
<b>Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program</b>	

**II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:**

<b>Imię i nazwisko, tytuł zawodowy</b>	<b>Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)</b>	<b>Posiadane specjalizacje i certyfikaty w szczególności certyfikat „PTR” (dokładne wskazanie – do oferty dołączyć dokumenty potwierdzające)</b>	<b>Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)</b>
1.			
2.			
3.			
4.			

**III. Informację o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego**

1. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie	
2. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych	

<b>IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>	
1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres, nr tel./fax.)	
2. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godziny 17:00))	
3. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję promocyjną i prelekcyjną oraz akcję edukacyjno-informacyjną skierowaną do adresatów programu	
<b>V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:</b>	
1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)	
Słownie złotych:	
2. A w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koszt przeprowadzenia kampanii informacyjno – edukacyjnej (PLN/brutto)</li> <li>• Koszt szczepionki wynosi(PLN/brutto)</li> <li>• Koszt konsultacji medycznych wynosi (PLN/brutto)</li> <li>• Koszt iniekcji wynosi (PLN/brutto)</li> </ul>	
3. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3-krotne podanie szczepionki tj. pakiet)	
Słownie złotych:	
4. Ilość osób objętych programem:	
5. Szacowana ilość jednostek rozliczeniowych programu (pakietów):	
6. Całkowity koszt realizacji programu (PLN brutto)	
Słownie złotych:	

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, projektem umowy oraz Programem zdrowotnym w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Czempin na lata 2019 – 2021;
2. spełnia wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
3. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
4. świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw zakażeniom brodawczaka ludzkiego (HPV) nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
5. osoby realizujące świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego;
6. przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
  - a) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
  - c) udzielanie 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) utrzymanie 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 niezmnieszenia 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).

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis i pieczętka przedstawiciela/-li oferenta  
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydane.
2. Kopia odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
3. 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.
4. Statut oferenta.
5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP.
6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
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 pieczęć, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.