

.....
(Pieczęć oferenta)

.....
(Miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

Na lata 2019-2021

*na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej
określonej w „Programie zdrowotnym w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami
brodawczaka ludzkiego (HPV) typu, 6, 11, 16, 18 w Gminie Ustka na lata 2019-2021”.*

I. Nazwa i adres oferenta:

Pełna nazwa

.....
.....
.....
.....

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym):

.....
.....
.....tel.:.....

fax:

e-mail.....<http://>.....

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:

.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności, w których będzie realizowane zadanie:

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych	

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 za kampanię informacyjno-edukacyjną wynosi (zł brutto)	
Słownie złotych:	

Szacowana liczba osób objętych szczepieniem w ramach Programu:	w 2019 roku: 48 dziewcząt z rocznika 2006
	w 2020 roku: dawka II i III lub tylko dawka III dla dziewcząt z rocznika 2006 według danych wynikających ze sprawozdania za rok 2017 oraz 3 dawki 42 dziewczęta z rocznika 2007
	w 2021 roku: dawka II i III lub tylko dawka III dla dziewcząt z rocznika 2007 według danych wynikających ze sprawozdania za rok 2018 oraz 3 dawki 62 dziewczęta z rocznika 2008

V. Proponowany czas trwania umowy:

.....
.....
.....
.....

VI. Proponowany sposób przeprowadzenia intensywnej i skutecznej akcji informacyjno-edukacyjnej skierowanej do adresatów Programu, w tym do ich rodziców (opiekunów prawnych) oraz do chłopców w celu jak najpełniejszej realizacji zadania.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VII. 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 z terenu Gminy Ustka, ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert określonymi w Regulaminie konkursu, stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia Wójta Gminy w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację „Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) typu, 6, 11, 16, 18 w Gminie Ustka na lata 2019-2021” oraz z projektem umowy;
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 Zleceniodawcę;
5. posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów leczniczych świadczących usługi szczepień ochronnych;
6. świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
7. przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zleceniodawcy, 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).

.....
Miejscowość, data

.....
(Podpis i pieczęć przedstawiciela/-li oferenta
upoważnionego/-ych do reprezentowania
oferenta)

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.) – zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany.
2. Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub potwierdzenie o wpisie do centralnej ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzającego m. in. status prawny

oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta – zgody 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 ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ważna w okresie wykonywania umowy 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 (jeżeli został nadany).

6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.