

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(miejsowość i data)

Formularz oferty

Nazwa programu, na realizację którego składana jest oferta:

Program polityki zdrowotnej pn. Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ożarów Mazowiecki powyżej 50 roku życia

Nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym):

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

Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....
.....

Adres siedziby oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

.....
.....

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania oferenta

.....
.....

Imię i nazwisko głównego księgowego lub osoby upoważnionej do prowadzenia rozliczenia finansowego

.....
.....

NIP :..... REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:

.....
.....

Adres gabinetu/ów, w którym/ch będzie realizowany program:

.....
.....

- 1) Zobowiązuję/emy się realizować program w 2019 roku obejmujący:
 - a) Przekazywanie we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom programu informacji o miejscu i czasie jego realizacji w sposób zwyczajowo przyjęty przez realizatora programu,
 - b) Promocję programu,
 - c) Przyjmowanie zgłoszeń, informowanie o terminach szczepień i rejestracji pacjentów,
 - d) Zakup szczepionek czterowalentnych przeciwko grypie oraz niezbędnych do realizacji zadania materiałów,
 - e) Przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia wraz z edukacją nt. profilaktyki grypy,
 - f) Wykonanie szczepień przeciwko grypie,
 - g) Prowadzenie ewidencji osób biorących udział w programie, uzyskanie niezbędnych dokumentów rekrutacyjnych, pisemnych zgód,
 - h) Informowanie zainteresowanych programem przedstawicieli środków masowego przekazu o udziale Gminy Ożarów Mazowiecki w jego realizacji,
 - i) Sporządzenie i przedłożenie przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy, dokumentacji sprawozdawczej z realizacji programu, w formie pisemnej na określonych w umowie zasadach,
 - j) Przeprowadzenie i przekazanie Udzielającemu zamówienia ankiet, o których mowa w programie,
 - k) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - l) Prowadzenie stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
 - m) Zapewnienie wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń objętych programem.
- 2) Zobowiązuję/emy się zapewnić wszystkie materiały niezbędne do realizacji programu.
- 3) Oświadczam/y, że badania i szczepienia wykonane będą przez personel medyczny o potwierdzonych kwalifikacjach. Zobowiązuję/emy się wykonać całość zamówienia we własnym zakresie według harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia.
- 4) Zobowiązuję/emy się realizować program: od dnia podpisania umowy do 20 grudnia 2019 r.

Telefoniczna rejestracja i informacja dla pacjentów:

Nr tel. 22 w dniach:..... w godz. od do

Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:

Pacjenci będą przyjmowani od do w godz. od do

Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:
(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

.....

Dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail) do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie:

.....

Kalkulacja kosztów:

1. Liczba szczepień:

Przewidywana (maksymalna)* liczba szczepień w ramach programu w 2019 roku	1000
---	------

2. Cena:

Jednostkowa cena szczepienia (w zł brutto – obejmuje <u>zakup szczepionki, badanie lekarskie, wykonanie usługi szczepienia oraz pozostałe elementy zadania określone w pkt. 1 Warunków uczestnictwa w konkursie ofert stanowiących załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr B.0050.223.2019 Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego z dnia 20 sierpnia 2019 r.)</u>	
--	--

3. Koszt całkowity:

Przewidywana (maksymalna)* liczba szczepień	Jednostkowa cena szczepienia (zł brutto)	Przewidywany (maksymalny) koszt szczepień (zł brutto)
1000		

* Liczba szczepień może ulec zmianie, Udzielający zamówienia pokryje koszty faktycznie zaszczepionych osób w ramach programu.

Kwota z poz. 3 Koszt całkowity wymagana jest w celu wyboru najkorzystniejszej oferty.

Oświadczenia:

- 1) Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjmuję/emy je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią Uchwały Nr XII/143/19 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 10 lipca 2019 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ożarów Mazowiecki powyżej 50 roku życia wraz z załącznikiem.
- 3) Oświadczam/y, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program dopuszczone są pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595).

- 4) Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

L. p.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, okres zatrudnienia u oferenta)
1		
2		
3		
4		

- 5) Oświadczam/y, że spełniam/y wszystkie wymogi konieczne określone w warunkach udziału w konkursie.
- 6) Świadom/i odpowiedzialności karnej oświadczam/y, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

W załączeniu przedkładam/y następujące dokumenty:

- 1) Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ubiegającego się o realizację programu (oferenta),
- 2) Kopię zaświadczenia o nr NIP oferenta,
- 3) Kopię zaświadczenia o nr REGON oferenta,
- 4) Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 5) Aktualną informację o podmiocie wykonującym działalność leczniczą (oferencie) z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania oferenta i sygnowane jego/ich podpisem oraz pieczęcią.

.....
(podpis/y i pieczęć osoby upoważnionej/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)