**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki prozdrowotnej

realizowanej poprzez szczepienia profilaktyczne przeciw wirusowi HPV

 dziewczynek urodzonych w roku 2006 zameldowanych na pobyt stały

na terenie Gminy Kamieniec Ząbkowicki (do dnia ogłoszenia konkursu)

* + - 1. Oferent (pełna nazwa)

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

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

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

* + - 1. Adres, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

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

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

3. Nazwisko i imię dyrektora instytucji (telefon kontaktowy)

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

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

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

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizacje programu

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

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

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

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

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

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

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

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

6. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa i data wpisu)

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

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

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

7. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program.

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

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

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

8. Imienny wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy ,uzyskany stopień specjalizacji:

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

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

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

9. Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

10. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

11. Data rozpoczęcia i zakończenia programu

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

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

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

12. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni i godzin, w których program będzie realizowany

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

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

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

13. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny,

środki transportu i łączności)

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

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

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

14. Określenie sposobu rejestracji pacjentów

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

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

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

15. Ilość osób objętych programem ...............................................................................

1. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcje informacyjno-reklamową skierowaną do adresatów programu

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

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

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

1. Szczegółowa kalkulacja kosztów:

a) Informuję, iż cena za jedno szczepienie wynosi ……………………………..PLN brutto (słownie ……………………………………………………………………………………... zł)

a w tym:

- koszt szczepionki wynosi …………………………….…PLN

- koszt konsultacji medycznej wynosi ……………………PLN

- koszt szczepienia wynosi ……………………………….PLN

b) Cena cyklu szczepienia (3-krotne podanie szczepionki, tj. pakiet) dla jednej osoby wynosi………………...PLN (słownie…………………………………………………............)

c) planowana ilość osób objętych programem ...........................................................................

d) Koszt realizacji programu ( b x c ) wynosi ……………………………..PLN brutto (słownie....................………………………………………………………........................ zł)

Oświadczam, iż cena ustalona i zawarta w umowie nie będzie podlegać zmianie.

18. Wymagane kopie dokumentów składane przez oferenta jako załącznik do oferty;

* oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
* statut jednostki (bądź inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną – np. umowę spółki) – lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
* wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez wojewodę (lub kopie ww. dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem);
* dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu zdrowotnego od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności (lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem),
* określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności;
* informację o kwalifikacjach zawodowych i liczbie osób wykonujących określone zadanie;
* szczegółową kalkulację kosztów (cena netto i brutto);
* koszt świadczenia na jednego pacjenta;
* oświadczenie oferenta zawierające informacje, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

Kamieniec Ząbkowicki, dnia……………….

 podpis i pieczęć oferenta

 lub osoby upoważnionej przez oferenta

 zgodnie z dokumentacją