Załącznik Nr 3
do **Zarządzenie Nr 105/2018**
Wójta Gminy Wisznia Mała
z dnia 13 czerwca 2018 roku

WÓJT GMINY
WISZNIA MAŁA
ul. Wrocławska 9
55-114 Wisznia Mała

..... (Pieczęć oferenta)

..... (Miejscowość i data)

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

Na lata 2018-2020

na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w **programie polityki zdrowotnej dla Gminy Wisznia Mała na lata 2018 - 2020 o nazwie:**

Program szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 60 roku życia) - „Grypa 60+".

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:

.....

.....

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. Kalkulacja kosztów – oferta cenowa:

1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia (na osobę) 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:	

Koszt całkowity objęcia programem polityki zdrowotnej jednej osoby (uwzględniający wszystkie koszty związane z zadaniami realizatora programu) ..... **zł/osobę**

V. Proponowany czas trwania umowy:

.....

.....

VI. Proponowany sposób przeprowadzenia intensywnej i skutecznej akcji informacyjno–edukacyjnej skierowanej do adresatów Programu, w celu jak najpełniejszej realizacji zadania.

.....

.....

.....

.....

VII. Dostępność do świadczeń zdrowotnych - Opis sposobu realizacji zadania zgodnie z warunkami Regulaminu konkursu wraz z tygodniowym harmonogramem pracy wskazującym dni i godziny, w których realizowany będzie program oraz określenie sposobu rejestracji pacjentów:

Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres, pokój).....

.....

.....

.....

Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń (proponowane):

.....

.....

.....

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 ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 60 roku życia)* oraz ze szczegółowymi warunkami **Regulaminu organizowania konkursu ofert** – który stanowi **załącznik nr 1** do **Zarządzenie Nr 105/2018 Wójta Gminy Wisznia Mała** z dnia 13 czerwca 2018 roku w sprawie ***ogłoszenia konkursu ofert na realizację w latach 2018-2020*** *Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 60 roku życia) - „Grypa 60+"* oraz **powołania komisji konkursowej**.
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 zawodowe wymagane przez Zleceniodawcę.
5. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zleceniodawcy, zobowiązuje się do:
   1) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
   2) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,

3) 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.
4) utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia.
5) 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) Posiadania aktualnego wpisu do rejestru podmiotów leczniczych świadczących usługi szczepień ochronnych.
7) Wykonywania – realizacji programu w placówce na terenie Gminy Wisznia Mała
8) Przechowywania dokumentacji medycznej uczestników programu przez okres 5 lat
9) przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 922) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE o ochronie danych osobowych 2016/679 (RODO)

....

Miejscowość, data

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

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o której mowa w art. 106 w zawiązku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.) – zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany.
2. Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzającego m. in. status prawny oferenta, zakres prowadzanej 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. polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważną w okresie wykonania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.
4. Statut oferenta.
5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany).
6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.