

.....
(Pieczęć oferenta)

.....
(Miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

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 przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV)

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:

.....
.....

II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

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 (na osobę) w ramach programu, zawierająca koszt szczepionek wraz z kosztem badania lekarskiego i iniekcji wynosi (zł brutto)	
Słownie złotych:	
2. Cena za kampanię informacyjno-edukacyjną wynosi (zł brutto)	
Słownie złotych:	

Koszt 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 tym do ich rodziców (opiekunów prawnych) oraz do chłopców 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 profilaktycznych dla dziewcząt z terenu Gminy Wisznia Mała oraz ze szczegółowymi warunkami **Regulaminu organizowania konkursu ofert** – który stanowi **załącznik nr 1 do Zarządzenie Nr 52/2018 Wójta Gminy Wisznia Mała** z dnia 8 marca 2018 roku w sprawie **ogłoszenia konkursu ofert na realizację w latach 2018-2020 „Programu szczepień przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV)” w populacji dziewcząt w wieku 13 lat, zamieszkałych i uczęszczających do szkół na terenie Gminy Wisznia Mała** 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)

.....
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 której mowa w art. 106 w związku 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 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. 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.

WÓJT GMINY
Jakub Bronowicki