

### FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru realizatora Programu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w 2020 r. w Gminie Łodygowice, obejmującego mieszkańców Łodygowic, Biernej, Zarzecza i Pietrzykowic

|  |   |             |
|--|---|-------------|
| (pieczęć oferenta)   | Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienie)                                      |             |
| <b>I. DANE OFERENTA</b>  |   |             |
| <b>Nazwa oferenta</b>  |   |             |
| <b>Adres siedziby oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)                   |   |             |
| <b>Nr NIP oferenta</b>   |   |             |
| <b>Nr REGON oferenta</b>   |   |             |
| <b>Telefon kontaktowy</b>  | (stacjonarny)   | (komórkowy) |
| <b>Fax.</b>  |   |             |
| <b>e-mail</b>  |   |             |
| <b>Numer konta bankowego</b>   |   |             |
| <b>Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu</b>                  |   |             |
| <b>Do formularza ofertowego należy dołączyć:</b>   | Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk |             |
| <b>Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu</b>              |   |             |
| <b>Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego</b> |   |             |

| <b>II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:</b>                            |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Imię i nazwisko, tytuł zawodowy  | Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna) | Posiadane specjalizacje i certyfikaty w szczególności certyfikat „PTR” (dokładne wskazanie – do oferty dołączyć dokumenty potwierdzające) | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) |
| 1.   |  |   |  |
| 2.   |  |   |  |
| 3.   |  |   |  |
| 4.   |  |   |  |
| <b>III. Informację o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego</b>         |  |   |  |
| 1. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie                   |  |   |  |
| 2. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych |  |   |  |
| 3. Nazwa oferowanej szczepionki przeciwko grypie oraz nazwa producenta   |  |   |  |
| 4. Nazwa oferowanej szczepionki przeciwko pneumokokom oraz nazwa producenta  |  |   |  |
| 5. Nazwa oferowanej szczepionki przeciwko HPV oraz nazwa producenta  |  |   |  |
| <b>IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>   |  |   |  |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres, nr tel./fax.)                                   |  |   |  |

|  |                       |
|--|-----------------------|
| 2. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu<br>(co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych<br>(co najmniej do godziny 17:00))                                   |                       |
| <b>V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:</b>   |                       |
| <b>Szczepienie przeciwko HPV dziewczynek w wieku 12 lat.</b>   |                       |
| 1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)   |                       |
| 2. A w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koszt szczepionki wynosi(PLN/brutto)</li> <li>• Koszt konsultacji medycznych (kwalifikacja do szczepienia) wynosi (PLN/brutto)</li> <li>• Koszt iniekcji wynosi (PLN/brutto)</li> </ul> |                       |
| 3. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3-krotne podanie szczepionki tj. pakiet)(pkt 1. X 3)  |                       |
| 4. Ilość osób objętych programem:  | <b>25 dziewczynek</b> |
| 5. Całkowity koszt realizacji programu (PLN brutto)  |                       |

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, szczegółami konkursu ofert, projektem umowy oraz „Programem profilaktyki i promocji zdrowia w Gminie Łodygowice na lata 2017-2020”.
2. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
4. Świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw zakażeniom brodawczaka ludzkiego (HPV) nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
5. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego określone w regulaminie konkursu;
6. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
  - a) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
  - c) udzielanie 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) utrzymanie 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 niezmnieszenia 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).
7. Oświadczam, że oferowane szczepionki są zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski.

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć przedstawiciela/-li oferenta  
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

- I. Załączniki wymagane do oferty:
  1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalności leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
  2. Polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
- II. Kopie dokumentów składanych przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.
- III. KAŻDA STRONA FORMULARZA POWINNA BYĆ PARAFOWANA – BRAK PARAFKI NA KTÓREJKOLWIEK STRONIE RÓWNOZNACZNY BĘDZIE Z NIEWAŻNOŚCIĄ OFERTY.