

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru realizatora Programu szczepień ochronnych w 2019 r. w Gminie Łodygowice,
obejmującego mieszkańców Łodygowic, Biernej, Zarzecza i Pietrzykowic

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

Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego	
---	--

II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o prace 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.			


III. Informację o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego

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	

IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:

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 (co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godziny 17:00))	
V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:	
Szczepienie przeciwko grypie osób pow. 65. roku życia	
1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)	
2. A w tym: <ul style="list-style-type: none"> • Koszt szczepionki wynosi(PLN/brutto) • Koszt konsultacji medycznych (kwalifikacja do szczepienia) wynosi (PLN/brutto) • Koszt iniekcji wynosi (PLN/brutto) 	
3. Ilość osób objętych programem:	100 osób
4. Całkowity koszt realizacji programu (PLN brutto)	
Szczepienie przeciwko HPV dziewczynek w wieku 12 lat.	
1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)	
2. A w tym: <ul style="list-style-type: none"> • Koszt szczepionki wynosi(PLN/brutto) • Koszt konsultacji medycznych (kwalifikacja do szczepienia) wynosi (PLN/brutto) • Koszt iniekcji wynosi (PLN/brutto) 	
3. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3-krotne podanie szczepionki tj. pakiet)(pkt 1. X 3)	
4. Ilość osób objętych programem:	25 dziewczynek
5. Całkowity koszt realizacji programu (PLN brutto)	
Szczepienie przeciwko pneumokokom dzieci w wieku 3 lat	
1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)	

2. A w tym: <ul style="list-style-type: none">• Koszt szczepionki wynosi(PLN/brutto)• Koszt konsultacji medycznych (kwalifikacja do szczepienia) wynosi (PLN/brutto)• Koszt iniekcji wynosi (PLN/brutto)	
3. Ilość osób objętych programem:	25 dzieci
4. Całkowity koszt realizacji programu (PLN brutto)	
Kwota łączna za wykonanie wszystkich szczepień (Grypa, pneumokoki, HPV)	


WOJT GMINY
Andrzej Pitera

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 grypie, pneumokokom (dzieci w wieku 3 lat) oraz 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 działalność 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 2016 r. poz. 1638) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydane.
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.