

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący realizacji Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia pod nazwą „Grypa 65+” na 2016 rok”.

1. Oferent (pełna nazwa)

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

2. Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta (telefon komórkowy)

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

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

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

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru/ ewidencji zakładów opieki zdrowotnej-wymienić:

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

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

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

7. Nazwa banku i numer konta oferenta.

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

8. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielenia świadczeń

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

9. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście- adres, godziny; telefonicznie- numery, godziny, elektronicznie –adres, e-meil)

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

10. Świadczenia zdrowotne wykonywać będzie personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz rodzinny, pielęgniarka), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Imię i nazwisko	Zawód , stopień specjalizacji Zawód , stopień specjalizacji	Pozostałe informacje

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

- 1).....
- 2).....
- 3).....

- 4).....
5).....

11. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno- edukacyjną skierowaną do adresatów programu w celu jak najpełniejszej realizacji zadań oraz zapewnienia powszechnego, równego dostępu do świadczeń osobom uprawnionym.

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

12. Jednostkowy koszt realizacji świadczeń zdrowotnych obejmujący koszty wszystkich czynności określonych w opisie przedmiotu konkursu:

cena brutto jednej dawki szczepienia wynosi.....PLN
(słownie zł:))

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego oferty, do:

- przedłożenia lub zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania,

- przedłożenia stosownej dokumentacji potwierdzającej, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739)

2. Jest/ nie jest* podatnikiem podatku VAT. (*niepotrzebne skreślić).

3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

Podpis i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji

oferenta

Wymagane załączniki do oferty:

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji treści umowy, wg. Załącznika nr 1 do oferty.
2. Wydruk lub kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do CEiDG).
3. Kserokopia wpisu do właściwego rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015r., poz. 618 z późn. zm.)
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt 10 oferty.