

### FORMULARZ OFERTOWY

**Dotyczący realizacji Programu zdrowotnego profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia pod nazwą „Grypa 65+” na 2019 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).....

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 szczepionką czterowalentną 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 2018r., poz. 160)
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt 10 oferty.

### Oświadczenie

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację **programu zdrowotnego profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia pod nazwą „Grypa 65+” na 2019 rok**, po zapoznaniu się ze szczegółowymi warunkami ogłoszonego konkursu i informacjami o przedmiocie konkursu, a także po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji niżej podpisani reprezentujący oferenta oświadczamy, iż:

1. Uzyskaliśmy konieczne informacje i niezbędne dokumenty do przygotowania i złożenia oferty.
2. Jesteśmy podmiotem, który posiada odpowiednie przygotowanie, potencjał finansowy i kadrowy, który w momencie uzyskania zamówienia pozwala na jego realizację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pomieszczenia, w których realizować będziemy świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
4. Na niniejszą ofertę składa się..... kolejno ponumerowanych i parafowanych (podpisanych) stron.
5. Uważamy się za związanych z ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego. W momencie podpisania umowy dostarczymy kopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w całym okresie trwania umowy oraz dokumentację potwierdzającą, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
7. Akceptujemy treść załączonego wzoru umowy na realizację w/w programu

Dnia.....

.....

Podpis i pieczęć oferenta lub

osoby upoważnionej przez oferenta