

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru realizatora „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie i Mieście Drzewica na lata 2014-2017”, obejmującego dziewczęta urodzone w 2001 r. i zamieszkałe na terenie Gminy Drzewica.

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)	
I. DANE OFERENTA		
Pełna nazwa oferenta		
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy	(stacjonarny)	(komórkowy)
Fax.		
e-mail		
Nazwa banku i numer konta bankowego		
Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu		
Do formularza ofertowego należy	Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk	

dołączyć (potwierdzone za zgodność):	Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
	Statut (jeśli oferenta taki posiada)	
	Zaświadczenie o nr NIP	
	Zaświadczenie o nr REGON	
	Polisa bądź zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej	
Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu oraz telefon kontaktowy		
Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego oraz telefon kontaktowy		
Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program		
II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:		
Oświadczenie		
<p>Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadre niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie i Mieście Drzewica na lata 2014-2017”.</p> <p style="text-align: center;">..... Podpis Oferenta</p>		
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	
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 17:30))	
3. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję promocyjną i prelekcje oraz akcję edukacyjno-informacyjną skierowaną do adresatów programu	
V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:	
1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)	
Słownie złotych:	
2. a w tym:	
• Koszt szczepionki wynosi(PLN/brutto)
• Koszt konsultacji medycznych wynosi (PLN/brutto)
• Koszt iniekcji wynosi (PLN/brutto)
• Koszt jednostkowy akcji promującej Program

3. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3-krotne podanie szczepionki tj. pakiet) wraz z akcją promującą Program
Słownie złotych:	
4. Ilość osób objętych programem:	51*
5. Całkowity koszt realizacji programu (liczba osób x koszt jednostkowy za cykl szczepień wraz z akcją promującą Program (PLN brutto) - w przypadku mniejszej ilości dziewcząt koszt będzie niższy.	
Słownie złotych:	

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, Regulaminem konkursu, projektem umowy oraz Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie i Mieście Drzewica na lata 2014-2017”, realizowanym przez Gminę i Miasto Drzewica.
2. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w Regulaminie konkursu;
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;
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).

.....
Miejscowość, data

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

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 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zmianami) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydane.
2. Kopia odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego 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. 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.
4. Statut oferenta.
5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP.
6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
7. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli oferent takie posiada).

Kopie dokumentów składane 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.

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

Oferty, które nie odpowiadają warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczętka przedstawiciela oferenta

*Liczba 51 jest ogólną liczbą dziewcząt zamieszkałych na terenie Gminy i Miasta Drzewica i urodzonych w roku 2001. Cena wskazana przez oferenta w ofercie nie podlega zmianom w trakcie realizacji programu zdrowotnego, nawet w przypadku mniejszego zainteresowania programem i zaszczepienia mniejszej ilości pacjentek.