Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 59/2017

1. Wójta Gminy Zawonia

z dnia 12.10.2017 roku

……………………………… ………………………

 (Pieczęć oferenta) (Miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w konkursie ofert na wybór realizatora "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6, 11, 16, 18
w Gminie Zawonia na lata 2017 – 2019" w 2017 r.**

1. Dane oferenta:

Pełna nazwa:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Adres (wraz z kodem pocztowym): ………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

Tel. ……………………………………………… fax.: …...……………………………….

e-mail: ……………………………………………...……………………………………….

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą: ..………………………..…………………………………………………………………… NIP …………………………………………………………………………………………

REGON …………………………………………………………………………………......

Nazwa banku …...…………………………………………………………………………...

Nr konta ……………………………………………………………..……………………...

Kierownik placówki: (Nazwisko i imię, nr telefonu): ……………..……………………….

…………………………………………………………………………..…………………...

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu: ……………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….....

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, nr telefonu) ……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

|  |
| --- |
| Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, w których będą realizowane świadczenia: |
|  |

1. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne

|  |
| --- |
| Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych |
|  |

1. Plan rzeczowo-finansowy i całkowity koszt realizacji Programu:
2. Szczepienia przeciw rakowi szyjki macicy:
Dziewczęta - urodzone w 2004 r., zameldowane w Gminie Zawonia (planowane 35 osób)

Nazwa szczepionki ……………………………………………………………………….

1. Kwota brutto za wykonanie szczepień u jednej osoby (tj. w szczególności: cena szczepionek, kwalifikacyjne badania lekarskie, koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, dojazd, koszty kampanii informacyjno-edukacyjnej zgodnie z Programem itp..):

I szczepienie - ………………….… zł

II szczepienie - ……………….….. zł

III szczepienie - ……………….….. zł

1. Całkowity koszt realizacji Programu brutto za wykonanie szczepień (35 osób x koszt szczepienia u jednej osoby) …………………………...… zł

(słownie złotych:……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….)

1. Sposób organizacji i miejsce przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców/opiekunów prawnych i dziewcząt:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….

1. Miejsce/a udzielania świadczeń (dokładny adres): ………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….…

Terminy udzielania świadczeń:

……………………………………………………………………………………………..

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6, 11, 16, 18 w Gminie Zawonia na lata 2017 – 2019" w 2017 r., Uchwałą Nr XXXVIII/233/2017 Rady Gminy Zawonia z dnia 28 września 2017 r. w sprawie przyjęcia w Gminie Zawonia programu polityki zdrowotnej pod nazwą: Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6, 11, 16, 18 w Gminie Zawonia na lata 2017 – 2019,

2. Zobowiązuje się, że w przypadku dokonania wyboru jego oferty w konkursie ofert zawrze z Gminą Zawonia umowę.

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

i faktycznym.

 ………………………………………………………….

 Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć:

1. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego
3. Zaświadczenie o nr NIP
4. Zaświadczenie REGON
5. Oświadczenie oferenta o nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach Programu
6. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.