

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

na wykonanie świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu szczepień profilaktycznych dla mieszkańców Gminy Kleszczów.

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa:.....

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym):.....

tel.:..... fax:.....

e-mail.....http://.....

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (lub innego właściwego rejestru/ewidencji¹):.....

NIP:.....

REGON:.....

Nazwa banku:.....

Numer konta:.....

Kierownik placówki: (nazwisko i imię, numer telefonu):.....

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

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

Populacja dziewczynek z klas szkoły podstawowej (rocznik)

Zryczałtowana kwota brutto za wykonanie świadczeń u jednej osoby (tj. cena szczepionki + cena usługi):

nazwa szczepionki

Całkowity koszt realizacji świadczeń brutto: (liczba osób x koszt jednostkowy):

.....

Populacja chłopców z klas szkoły podstawowej (rocznik)

Zryczałtowana kwota brutto za wykonanie świadczeń u jednej osoby (tj. cena szczepionki + cena usługi):

nazwa szczepionki

Całkowity koszt realizacji świadczeń brutto: (liczba osób x koszt jednostkowy):

.....

V. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:

Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres, pokój).....

.....

Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń

.....

.....

Sposób rejestracji pacjentów:

osobiście (adres, godziny).....

telefonicznie (numer, godziny).....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

I Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wykonanie świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu szczepień profilaktycznych dla mieszkańców Gminy Kleszczów oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

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

.....

(podpis i pieczęć osoby
upoważnionej do reprezentacji oferenta)

Do oferty należy dołączyć:

- załącznik nr 1 – w przypadku zakładów opieki zdrowotnej - odpis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, odpis z Krajowego Rejestru Sądowego oraz kserokopię statutu, w przypadku organów, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2, 2a, 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) odpis z właściwego rejestru/ewidencji.
- załącznik nr 2 – kalkulację kosztów realizacji świadczeń określonych w pkt. IV formularza oferty z uwzględnieniem poszczególnych elementów wchodzących w skład zaproponowanej kwoty,
- załącznik nr 3 – kserokopię polisy ubezpieczeniowej 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,
- załącznik nr 4 – kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt. III formularza oferty,
- załącznik nr 5 – inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. informacje prasowe o działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje – według uznania oferenta).

Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis – „potwierdzono za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta. Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.