Załącznik nr 1 –

wzór do szczegółowych warunków konkursu ofert

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

(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/ewidencji[[1]](#footnote-1)):…………………..…………………...............................................................................

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

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):..........................................................................................................................................

##### II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

|  |
| --- |
| Opis warunków lokalowych, w których będzie realizowane zadanie: |
|  |

**III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia**

**zdrowotne**

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

**IV. Plan rzeczowo-finansowy:**

1. Szczepienia przeciw rakowi szyjki macicy - HPV:

Populacja dziewczynek z klas ….. szkoły podstawowej (roczniki ……..)

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

nazwa szczepionki ...........................................................................................................................................

Populacja chłopców z klas ….. szkoły podstawowej (roczniki ……..)

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

nazwa szczepionki ............................................................................................................................................

1. Zamawiający wymaga wypełnienia wzoru planu rzeczowo-finansowego, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego formularza ofertowego.

**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 realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: ***Program polityki zdrowotnej w zakresie zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV*** 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 – kalkulację kosztów realizacji świadczeń określonych w pkt. IV formularza oferty z uwzględnieniem poszczególnych elementów wchodzących w skład zaproponowanej kwoty,
* załącznik nr 2 – 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 3 – kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia , wymienionych w pkt. III formularza oferty,
* załącznik nr 4 – 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.

1. [↑](#footnote-ref-1)