

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(Miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

na wybór realizatora Programu polityki zdrowotnej – profilaktyka chorób wywołanych zakażeniami wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) w roku 2018

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa:

.....
.....

Adres (wraz z kodem pocztowym):

.....

Tel..... fax.....

E-mail:..... http://.....

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 :

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

Osoby odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, nr telefonu)

.....
.....

II. Dane dotyczące warunków lokalowych i bazy sprzętowej, zapewniających realizację świadczeń

Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, 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 i doświadczenia

--

IV. Informacja na temat szczepionki :

Informacja na temat szczepionki (nazwa, właściwości, atesty itp.)

--

V. Plan rzeczowo-finansowy

1. Planowana do zaszczepienia liczba dziewcząt (3 dawki szczepionki).....
2. Planowana do zaszczepienia liczba dziewcząt (2 dawki szczepionki).....
3. Planowana do zaszczepienia liczba dziewcząt łączna
4. Koszt związany z podaniem szczepionki :

- a) Cena jednostkowa za wykonanie pojedynczego szczepienia w ramach programu, w tym : koszt zakupu szczepionki, kwalifikacyjnego badania lekarskiego, wykonania iniekcji, utylizacji zużytych materiałów i sprzętu medycznego, inne koszty np. prowadzenie dokumentacji medycznej, obsługa administracyjno-księgową)

Cena PLN brutto
(słownie:.....)

- b) Cena za wykonanie cyklu szczepień dla jednej dziewczynki (tj. pełny cykl, 3 – krotne podanie szczepionki) wraz z usługą jw.

Cena PLN brutto
(słownie:.....)

- c) Cena brutto za wykonanie szczepień (liczba dziewcząt x cena pełnego cyklu szczepień (3 -krotne)

Cena PLN brutto
(słownie:.....)

- d) Cena za wykonanie cyklu szczepień dla jednej dziewczynki (tj. pełny cykl, 2 – krotne podanie szczepionki) wraz z usługą jw.

Cena PLN brutto
(słownie:.....)

- e) Cena brutto za wykonanie szczepień (liczba dziewcząt x cena pełnego cyklu szczepień (2 -krotne)

Cena PLN brutto
(słownie:.....)

- f) Całkowita cena za szczepienia – suma c) + e)

Cena PLN brutto
(słownie:.....)

5. Przeprowadzenie:

- akcji **informacyjno-promocyjnej** dotyczącej rozpowszechnienia informacji o programie, (druk plakatów, zaproszeń dla rodziców, deklaracji itp.)
- akcji **informacyjno-edukacyjnej** – prelekcje na temat zasadności profilaktyki szczepień przeciwko HPV, profilaktyki raka szyjki macicy, ryzykownych zachowań oraz chorób przenoszonych drogą płciową wśród uczniów na terenie szkół podstawowych w Rawie Mazowieckiej z roczników objętych szczepieniem tj. 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 oraz organizacja spotkań dla rodziców/ opiekunów prawnych wg. podanej propozycji z uwzględnieniem wszystkich kosztów.

Cena PLN brutto
(słownie:.....)

6. Całkowity maksymalny koszt realizacji programu:

- 1) szczepienia
- 2) akcja informacyjno-promocyjna oraz informacyjno-edukacyjna

Cena PLN brutto
(słownie:.....)

VI. Sposób organizacji i miejsce przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej oraz kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców i uczniów (podać ilość spotkań, przedstawić plan działania, formę przekazania informacji, miejsce ich rozpowszechnienia itp.):

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

VII. Dostępność do świadczeń zdrowotnych (podać wszystkie lokalizacje, w których będzie się odbywać realizacja świadczeń):

Miejsce/a udzielania świadczeń(dokładny adres) – **(tylko Rawa Mazowiecka)**

.....
.....

Terminy udzielania świadczeń (ilość dni, wyszczególnienie, godziny dostępu do świadczeń):

.....

Sposób rejestracji pacjentów:

Osobiście (adres, godziny)

.....

Telefonicznie (adres, godziny)

.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora Programu polityki zdrowotnej – profilaktyka chorób wywołanych zakażeniami wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) w roku 2018, miasta Rawa Mazowiecka , szczegółowymi warunkami konkursu .
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw zakażeniom brodawczaka ludzkiego (HPV) nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

- 1) Wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o której mowa w art. 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 z późn.zm.), zgodny z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany;
- 2) Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodny 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) Statut podmiotu (jeżeli ma obowiązek jego posiadania);
- 4) Dokumenty poświadczające kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu(m.in. kopie dyplomów);
- 5) Aktualna polisa zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, na okres ich udzielania, ze wskazaniem minimalnej sumy gwarancyjnej w odniesieniu do jednego wypadku oraz wszystkich wypadków, których skutki objęte będą umową ubezpieczenia wraz z kopiami dowodów uiszczenia składek należnych do dnia złożenia oferty lub zobowiązanie jej zawarcia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. nr 293 z 2011 r. poz.1729);

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.