

Formularz ofertowy

dotyczący realizacji programu zdrowotnego pn.:

„Program zdrowotny w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 w Gminie Trzebnica na lata 2014-2016”.

1. Oferent (pełna nazwa):
.....
.....
.....
2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu, adres e-mail oferenta:
.....
.....
.....
3. Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację programu:
.....
.....
.....
4. Nazwisko i imię pełnomocnika składającego ofertę (numer telefonu kontaktowego):
.....
.....
.....
5. Nazwisko i imię osoby (osób) odpowiedzialnej(nych) za realizację programu:
.....
.....
.....
6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:
.....
.....
.....
7. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru zakładów opieki zdrowotnej – wymienić:
.....
.....
8. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych:
.....
.....
.....
9. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program:
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
10. Przewidywana szacunkowa liczba świadczeń do wykonania przez świadczeniodawcę (liczba osób w latach 2014-2016 – **331 dziewcząt**.

11. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu:

.....
.....
12. Określenie warunków udzielania świadczeń (aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączność):

.....
.....
.....
.....
13. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739):

.....
.....
14. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście – adres, godziny; telefonicznie – numer, godziny):

.....
.....
.....
.....
15. Świadczenia zdrowotne będzie wykonywać personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz rodzinny, pediatra, pielęgniarka), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego:

Lp.	Imię i nazwisko	Zawód, stopień specjalizacji	Pozostałe informacje

Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

16. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-promocyjną skierowaną do adresatów programu, w tym ich rodziców (prawnych opiekunów)

w celu jak najpełniejszej realizacji zadania:

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

17. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:

1. Ustala się umowną wartość wynagrodzenia brutto zł, na którą składa się całkowity koszt szczepienia 1- osoby przeciw wirusowi brodawczaka przy 3 iniekcjach szczepionki zgodnie z programem i sfinansowaniu w 100% przez Gminę Trzebnica.

UWAGA!

Podstawą wyboru oferty będzie pkt 17, - całkowity koszt brutto szczepienia jednego dziecka przy 3 iniekcjach szczepionki – 95% wagi wyboru oferty oraz doświadczenie placówki w realizacji programów profilaktyki pro-zdrowotnej i innych programów medycznych- 5% wyboru oferty.

2. Ustalone wynagrodzenie obejmuje wszelkie narzuty i dodatki dla Wykonawcy i nie podlega zmianie w trakcie realizowania niniejszej umowy.

Szacunkowa ilość osób podlegająca szczepieniom – **331.**

.....
Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentowania oferenta

Wymagane załączniki do oferty:

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkach konkursu, projektem umowy, zobowiązuję się (w przypadku wyboru mojej oferty) do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania – załącznik Nr. 1
2. Kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub aktualne zaświadczenia o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej).
3. Kserokopia wpisu do właściwego rejestru/ewidencji zakładów opieki zdrowotnej.
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia wymienione w pkt. 15 oferty.
5. Zaświadczenie o numerze NIP.
6. Zaświadczenie o numerze REGON.

Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

.....
Pieczętka firmowa oferenta

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu i wzorem umowy na realizację programu zdrowotnego:

„Program zdrowotny w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6,11,16,18 w Gminie Trzebnica na lata 2014-2016” i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy (zał. Nr. 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert) i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach

.....
(nazwa podmiotu leczniczego - oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).

3. Oświadczam, że posiadam wyspecjalizowaną kadrę (pielęgniarki posiadające ukończony kurs w zakresie wykonywania szczepień ochronnych pod nadzorem lekarskim, lekarza rodzinnego, pediatrę) niezbędną do realizacji programu ust.1 pkt. a i b.

4. Oświadczam, że posiadam podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2014.

5. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych związanych z powyższą ofertą, na okres ich udzielania.

6. Oświadczam, pod groźbą odpowiedzialności karnej, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Trzebnica, dnia.

.....

*Podpisy i pieczętki osób
upoważnionych do reprezentowania oferenta*