## Załącznik nr 1do Ogłoszenia

Burmistrza Gminy i Miasta Odolanów z dnia …….

………………………..

(pieczątka oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Na wybór realizatora „programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2015 – 2017” w roku 2016.**

1. **DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o zamówienie. |  |
| 2. | Siedziba |  |
| 3. | Nr telefonu |  |
| 4. | Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub innego rejestru |  |
| 5. | NIP |  |
| 6. | REGON |  |
| 7. | Nr konta bankowego |  |
| 8. | Kierownik zakładu |  |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.) |  |
| 10. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie umowy (imię i nazwisko, nr tel.) |  |
| 11. | Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię i nazwisko, nr tel.) |  |
| 12. | Miejsce realizacji zadania |  |

II. ZASOBY KADROWE - kwalifikacje zawodowe osób biorących udział w realizacji

programu i udzielających świadczeń zdrowotnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP. | Nazwisko i imię | Kwalifikacje zawodowe |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

**III. Dotychczasowa działalność w zakresie realizacji programów zdrowotnych – szczepienia profilaktyczne dziewcząt przeciw wirusowi HPV wraz ze wskazaniem podmiotu, na zlecenie którego były one wykonywane :**

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

**IV. Określenie warunków lokalowych (zgodnie z rozporządzeniem 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 2012r poz.739):**

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

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

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

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

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

**V. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (telefonicznie, elektronicznie, osobiście):**

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

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

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

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

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

**VI. Określenie sposobu przeprowadzenia kampanii edukacyjno informacyjnej wśród rodziców i adresatów programu:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**VII. Wskazanie kosztu realizacji zadania:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Proponowana ilość świadczeń (ilość osób): |  |
| 2.Cena jednostkowa brutto zaszczepienia: |  |
| 3.Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej:  (zakup szczepionki, koszt konsultacji medycznej, koszt  szczepienia oraz inne koszty związane z realizacją  zamówienia w tym kampania informacyjno-edukacyjna) |  |
| 4.Łączna kwota oferty (poz.1 x poz.2): |  |

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

* zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu ofert,
* posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem zamówienia,
* osoby, które będą wykonywały świadczenia zdrowotne posiadają uprawnienia zgodnie z obowiązującymi

przepisami;

* posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie OC),
* zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i czasie określonym przez „udzielającego zamówienia”,
* jest związany z ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

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

(pieczątka zakładu) (data i podpis osoby upoważnionej)

**Załączniki do oferty:**

* kserokopia aktualnego odpisu z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub z innego rejestru,
* odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej,
* kserokopia polisy OC,