Załącznik nr 2

do ogłoszenia o konkursie

 **FORMULARZ OFERTOWY
na Realizatora** **„Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica”**

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć oferenta) |  Data wpływu oferty (wypełnia Urząd Miejski w Łęknicy) |
| I**. DANE OFERENTA** |
| **Pełna nazwa oferenta** |  |
| **Adres siedziby oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)** |  |
| **Nr NIP oferenta** |  |
| **Nr REGON oferenta** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Nazwa banku i numer konta bankowego** |  |
| **Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację szczepień** |  |
| **Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować szczepienia** |  |
| **II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń:** |
| Imię i nazwisko, tytuł zawodowy | Data od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa)  | Posiadane specjalizacje i certyfikaty | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, termin i wskazanie zlecającego program) |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **III. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń zdrowotnych (szczepień)** |
| 1. Oferowane wyposażenie gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień zgodne z przepisami obowiązującymi w tym zakresie
 |  |
|  **IV. Dostępność do świadczeń zdrowotnych (szczepień):** |
| 1. Oferowane miejsce realizacji szczepień (dokładny adres, nr tel./fax)
 |  |
| 1. Oferowane poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji szczepień
 |  |
| **V. Kalkulacja kosztów:**  |
| 1. **Cena jednostkowa brutto** **za wykonanie szczepienia** (podanie jednej dawki szczepionki dla jednego dziecka) wraz z usługą (PLN/brutto)
 |  **……………………………… zł** |
| w tym:* koszt zakupu szczepionki
* koszt kwalifikacyjnego badania lekarskiego i podania szczepionki
 |  ……………………………….. zł ……………………………….. zł |
| 1. **Koszt jednostkowy przeprowadzenia jednego spotkania edukacyjno-zdrowotnego brutto**
 |  **………………………………. zł** |

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert oraz projektu umowy;
2. spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie oraz jego regulaminie;
3. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
4. osoby realizujące szczepienia posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora;
5. przez okres realizacji świadczeń zdrowotnych (szczepień), zobowiązuję się do:
6. zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
7. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonych w odrębnych przepisach,
8. udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
9. utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji szczepień oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
10. zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych (szczepień) na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą ( w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

……………………………. …… ……………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątką przedstawiciela/-li oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Do oferty załączono:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016r. poz. 1638) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
2. Kopię odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowane upoważnienia udzielone tym organom.
3. Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Decyzję w sprawie nadania numeru NIP.
5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.

Kopie dokumentów załączone do oferty muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.