Załącznik nr 2

do ogłoszenia o konkursie/2019

**FORMULARZ OFERTOWY  
na Realizatora** **„Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica” w roku 2019**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (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** | |  | | | |
| **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 2018r. poz. 1510) 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.