

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w Programie polityki zdrowotnej pt. „Program szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV w Gminie Mała Wieś na lata 2018-2020” w 2019 roku.

(Pieczęć Oferenta) (Miejsowość i data)
I. Dane o Oferencie	
Pełna nazwa Oferenta	
Adres siedziby Oferenta	
Telefon	
Fax.	
e-mail	
Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych	
NIP	
REGON	
Nazwa banku	
Numer konta bankowego	
Kierownik zakładu	Imię i Nazwisko: numer telefonu:
Osoba odpowiedzialna za realizację programu	Imię i Nazwisko: numer telefonu:
II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń	
Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny w których będzie realizowane zadanie	

III. Informację na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne		
Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje, staż pracy
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
IV. Plan rzeczowo- finansowy		
Nazwa szczepionki przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego	
Cena jednostkowa brutto szczepionki (2 dawki)	 zł słownie złotych:
Cena jednostkowa brutto kwalifikacji do szczepień, wykonanie szczepienia, sporządzenie dokumentacji oraz współpracy z pielęgniarką szkolną	 zł słownie złotych:
Szacowany całkowity koszt brutto	 zł słownie złotych:
Propozycja działań podejmowanych we współpracy z pielęgniarką szkolną w celu przeprowadzenia spotkań informacyjno- edukacyjnych, a także rozpowszechniania informacji na temat realizowanego Programu		
VI. Dostępność do świadczeń zdrowotnych		
Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres)		
Proponowane dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń		

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w Programie polityki zdrowotnej pt. „Program szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV w Gminie Mała

Wież na lata 2018-2020”, szczegółowymi warunkami konkursu ofert określonymi w Regulaminie konkursu oraz projektem umowy.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w regulaminie konkursu.

4. Przedmiot programu polityki zdrowotnej mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów.

5. Świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw zakażeniom brodawczaka ludzkiego HPV nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają odpowiednie kwalifikacje niezbędne do świadczenia usług zdrowotnych przewidzianych programem.

7. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego zobowiązuję się do:

1) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielenia świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,

2) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,

3) udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektująca prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

4) utrzymanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia,

5) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności świadczeń zdrowotnych, sprzętu, kwalifikacji personelu odpowiedzialnego za udzielanie świadczenia),

8. Dane osobowe niezbędne do wykonania przedmiotu umowy będzie gromadził zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

9. Posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów leczniczych świadczących usługi szczepień ochronnych.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć Oferenta/ przedstawiciela
upoważnionego do reprezentowania Oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalności leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym,

2. Kopia odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzającym m.in. status prawny Oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy- zgodnie z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,

3. Kopia potwierdzenia nadania numeru NIP,

4. Kopia potwierdzenia nadania numeru identyfikacyjnego REGON,

5. Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

