

.....
(Pieczęć oferenta)

.....
(Miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTOWY

w konkursie ofert na wybór realizatora "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6, 11, 16 w Gminie Zawonia na lata 2021 – 2023" w 2022 r.

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa:

.....
.....

Adres (wraz z kodem pocztowym):

.....

tel. fax.:

e-mail:

.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:

.....

NIP

.....

REGON

.....

Nazwa banku

.....

Nr konta

.....

Kierownik placówki: (Nazwisko i imię, nr telefonu):

.....

.....

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu:

.....

.....

.....

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, numer telefonu)

.....

.....

II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, w których będą realizowane świadczenia:

III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych

IV. Plan rzeczowo-finansowy i całkowity koszt realizacji Programu:

Szczepienia przeciw rakowi szyjki macicy: dziewczęta urodzone w 2008 r. (planowane 33 osoby) zamieszkałe w Gminie Zawonia

Nazwa szczepionki

.....

- a) Kwota brutto za wykonanie szczepień u jednej osoby urodzonej w 2008 r. (tj. w szczególności: cena szczepionek, kwalifikacyjne badania lekarskie, koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, dojazd, koszty kampanii informacyjno-edukacyjnej zgodnie z Programem itp.):

I szczepienie - zł

II szczepienie - zł

- b) Całkowity koszt realizacji programu brutto za wykonanie szczepień:

..... osób x koszt szczepienia - zł
(słownie złotych)

V. Sposób organizacji i miejsce przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców/opiekunów prawnych i dziewcząt:

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

VI. Miejsce/a udzielania świadczeń (dokładny adres):

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

Terminy udzielania świadczeń:

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

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6, 11, 16, 18 w Gminie Zawonia na lata 2021 – 2023" w 2022 r., Uchwałą Nr XXVII/181/2021 Rady Gminy Zawonia z dnia 27 maja 2021 r. w sprawie przyjęcia w Gminie Zawonia programu polityki zdrowotnej pod nazwą: Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6, 11, 16, 18 w Gminie Zawonia na lata 2021-2023.
2. Zobowiązuje się, że w przypadku dokonania wyboru jego oferty w konkursie ofert zawrze z Gminą Zawonia umowę.
3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć:

- 1) Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- 2) Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego
- 3) Zaświadczenie o nr NIP
- 4) Zaświadczenie REGON
- 5) Oświadczenie oferenta o nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach Programu

Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1