

Załącznik nr 2
do Zarządzenia Nr 46/2018
Prezydenta Miasta Ciechanów
z dnia 9 lutego 2018 r. .

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) Gminy Miejskiej Ciechanów

I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

4. Nr identyfikacyjny NIP:

5. Nr identyfikacyjny Regon:

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

9. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych i podejmujący działania w ramach programu:

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Pielęgniarka/położna (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Osoba prowadząca działalność edukacyjno-informacyjną (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	

10. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych i wyposażenia punktu szczepień):

--

11. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu:

--

II. Informacje o programie

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

--

2. Planowana liczba uczestników programu (w tym wskazanie np. szkół, rejonu, osiedla):

--

3. Liczba dziewcząt w wieku 12 lat (rocznik 2006) z aktywnej listy pacjentów poz zamieszkujących w Ciechanowie , nad którymi Oferent sprawuje profilaktyczną opiekę (wg stanu na dzień składania oferty):

--

4. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny wykonywania szczepień, sposoby rejestracji uczestników programu, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym udziału w programie:

--

5. Opis działań edukacyjno-informacyjnych:

--

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów

Lp.	Świadczenie	Liczba jednostek	Rodzaj miary	Koszty realizacji	
				Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Wartość (kwota brutto w zł)
1.	Wykonanie szczepienia ochronnego dziewczynki w wieku 12 lat szczepionką 4-walentną (1 dawka), w tym: 1) Przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego. 2) Wykonanie szczepienia. 3) Wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych (m.in. dokonanie wpisu w książeczce zdrowia oraz karcie uodpornienia dziecka). 4) Czynności organizacyjno – administracyjno - techniczne i inne koszty (np. utylizacji)		szczepienie		
Planowany koszt całkowity realizacji programu – kwota brutto w zł:					
słownie:					

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym szczególnie w zakresie szczepień ochronnych (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)	
----	--	--

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) Gminy Miejskiej Ciechanów k” stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 530/XXXVIII/2017 Rady Miasta Ciechanów a dnia 30 listopada 2017 r.
2. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Ciechanów ,
3. zapoznał się z wzorem i zaakceptował warunki umowy,

4. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub kopię zaświadczenia o wpisie do tego rejestru.
2. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
3. upoważnienie do podpisania oferty o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta,
4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
5. oświadczenie, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
6. oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców,
7. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

