

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczy realizacji programu zdrowotnego z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych realizowanego poprzez szczepienia profilaktyczne przeciw wirusowi HPV (typu 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) dziewcząt i chłopców uczęszczających do siódmych klas Szkół Podstawowych znajdujących się na terenie Gminy Oleśnica.

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienie)	
I. DANE OFERENTA		
Nazwa oferenta		
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy	(stacjonarny)	(komórkowy)
Fax		
e-mail		
Numer konta bankowego		

<p>Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu</p>	
<p>Do formularza ofertowego należy dołączyć:</p>	<p>Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk</p>
	<p>Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</p>
	<p>Statut (jeśli oferenta taki posiada)</p>
	<p>Zaświadczenie o nr NIP</p>
	<p>Zaświadczenie o nr REGON</p>
	<p>Oświadczenie upoważnionej osoby (głównego księgowego lub kierownika oferenta) o przyjętym sposobie rozliczania: rachunek/faktura VAT</p>
	<p>Decyzja Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przedmiocie spełniania przez oferenta warunków określonych w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402, ze zm.)</p>
	<p>Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu</p>
<p>Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli oferent takie posiada)</p>	

Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu	
Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego	
Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program	

II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje i certyfikaty w szczególności certyfikat „PTR” (dokładne wskazanie – do oferty dołączyć dokumenty potwierdzające)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
1.			
2.			
3.			
4.			

III. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego

1. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych	
IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:	
1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres, nr tel./fax.)	
2. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godziny 17:00))	
3. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno – reklamową skierowaną do adresatów programu	
V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:	
1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (2-krotne podanie szczepionki tj. pakiet)	
Słownie złotych:	
2. Ilość osób objętych programem:	
3. Przewidywany całkowity koszt realizacji programu (PLN brutto)	
Słownie złotych:	

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Regulaminu Wójta Gminy Oleśnica o konkursie na realizację programu zdrowotnego z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych realizowanego poprzez szczepienia profilaktyczne przeciw wirusowi HPV (typu 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) dziewcząt i chłopców uczęszczających do siódmych klas Szkół Podstawowych znajdujących się na terenie Gminy Oleśnica;
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów;
4. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego;
5. Świadczenia zdrowotne w ww. zakresie szczepień przeciw zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) nie są dofinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w Regulaminie konkursu,
7. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
 - a. zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
 - c. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - d. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
 - e. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego 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 pieczętka przedstawiciela/-li oferenta
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta



Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopię 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.) – zgodny z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
2. Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do realizacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta – zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
3. Polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Statut oferenta (jeżeli ma obowiązek jego sporządzenia).
5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP.
6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
7. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu.
8. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli oferent takie posiada).

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem” oraz pieczętę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.

