FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący realizacji „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2018-2020 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2018 ".

1. Oferent (pełna nazwa)

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

2. Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta (telefon kontaktowy)

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

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

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

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru /ewidencji zakładów opieki zdrowotnej – wymienić:

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

6. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych

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

7. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program

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

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

8. Proponowana liczba świadczeń możliwa do wykonania przez świadczeniodawcę (liczba osób - adresatów programu, mieszkańców gminy)

.....

9. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu oraz nazwa banku i numer konta.

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

10. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń

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

11. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)

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

12. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście – adres, godziny; telefonicznie – numer, godziny)

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

13. Świadczenia zdrowotne wykonywać będzie personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz rodzinny, pielęgniarka), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Imię i nazwisko	Zawód, stopień specjalizacji	Pozostałe informacje

Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty:

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

14. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-edukacyjną skierowaną do adresatów programu w celu jak najpełniejszej realizacji zadania oraz zapewnienia powszechnego, równego dostępu do świadczeń osobom uprawnionym.

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

15. Jednostkowy koszt realizacji świadczeń zdrowotnych obejmujący koszty wszystkich czynności określonych w opisie przedmiotu konkursu:

1) cena brutto jednej dawki szczepienia wynosi ..... PLN

(słownie zł: .....)

BURMISTRZ
dr Radosław Dobrowolski

INSPEKTOR
Monika Sylwia Piotrowska

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. **Zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego oferty, do:**

- zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania,

- przedłożenia stosownej dokumentacji potwierdzającej, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).

2. **Jest/ nie jest* podatnikiem podatku VAT. (*niepotrzebne skreślić)**

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

Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji oferenta

.....

Wymagane załączniki do oferty:

1. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji treści umowy, wg. załącznika nr 1 do oferty.
2. kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do CEiDG).
3. kserokopia wpisu do właściwego rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018r., poz. 160 z późn. zm.)
4. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt 13 oferty.

Załącznik Nr 1 do oferty

Oświadczenie

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację **„Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2018-2020 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2018 ”**, po zapoznaniu się ze szczegółowymi warunkami ogłoszonego konkursu i informacjami o przedmiocie konkursu, a także po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji niżej podpisani reprezentujący oferenta oświadczamy, iż:

1. Uzyskaliśmy konieczne informacje i niezbędne dokumenty do przygotowania i złożenia oferty.
2. Jesteśmy podmiotem, który posiada odpowiednie przygotowanie, potencjał finansowy i kadrowy, który w momencie uzyskania zamówienia pozwala na jego realizację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pomieszczenia, w których realizować będziemy świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
4. Na niniejszą ofertę składa się..... kolejno ponumerowanych i parafowanych (podpisanych) stron.
5. Uważamy się za związanych z ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego. W momencie podpisania umowy dostarczymy kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w całym okresie trwania umowy oraz dokumentację potwierdzającą, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012r., poz. 739).
7. Akceptujemy treść załączonego projektu umowy na realizację w/w programu.

dnia .....

... .

Podpis i pieczęć oferenta lub osoby upoważnionej przez oferenta

BURMISTRZ

dr Radosław Dobrowolski

INSPEKTOR

Monika Sylwia Pietrowska

Załącznik nr 2 do umowy

Wzór wniosku o przekazanie środków za wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie szczepienia przeciwko grypie w miesiącu ..... 2018 roku

1. Dane Dotowanego:
nazwa.....
adres .....
NIP .....

2. świadczenia zdrowotne wykonanie w miesiącu ..... 2018 roku

3. wnioskowana kwota do refundacji .....

4.

	Cena jednostkowa jednej dawki szczepienia	***ilość wykonanych szczepień w miesiącu***	***Kwota ogółem***
RAZEM			

Załączniki
1.Rejestr wykonanych szczepień
2.Imienna lista osób zaszczepionych w danym wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczenia zdrowotnego.

Załącznik Nr 3 (do umowy)
Rozliczenie miesięczne

Nazwa zadania: realizacja „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2018-2020 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2018 ”

1. Dane Dotowanego:
nazwa.....
adres .....
NIP .....

2. szczepienie wykonanie w miesiącu ..... 2018 roku

3. wnioskowana kwota do refundacji .....

4.

Cena jednostkowa	*ilość wykonanych szczepień w miesiącu*	*Kwota ogółem*
RAZEM		

Załączniki
1. Rejestr wykonanych szczepień.
2. Imienna lista osób zaszczepionych w danym wraz z własnoręcznym podpisem potwierdzającym skorzystanie przez pacjenta ze świadczenia zdrowotnego.

Kwota zł słownie: .....

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba szczepień jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki: .....
(nazwa, adres)

dnia .....

(podpis i pieczęć Dotowanego)

Załącznik Nr 4 (do umowy)

Rozliczenie końcowe

Nazwa zadania: realizacja „Programu zdrowotnego – szczepienie przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia na lata 2018-2020 w części dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych na rok 2018".

1. przekazane kwoty dotacji na podstawie składanych wniosków za wykonane świadczenia:

miesiąc	*Kwota*
Razem	

Lp.	Imię i nazwisko osoby szczepionej	Pesel	Adres zamieszkania (ulica, nr domu, mieszkania)	Miesiące, w których dokonano szczepień (liczby rzymskie)	Wartość przeprowadzonych szczepień
				Razem	

Jednocześnie oświadczamy, że przedstawiona do rozliczenia liczba szczepień jest zgodna ze stanem faktycznym. Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki: ....

(nazwa, adres)

dnia .....

INSPEKTOR

Monika Sylwia Piotrowska

(podpis i pieczęć Dotowanego)

BURMISTRZ

dr Radosław Dobrowolski