Załącznik Nr 1

do ogłoszenia o konkursie

**………………………………….**

(pieczęć podmiotu leczniczego )

FORMULARZ OFERTOWY

NA REALIZACJĘ W 2020 ROKU

PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 w 2020 roku ”**

…………………………………………………………………….

( nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )

w trybie art.48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku

o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych ( t.j. Dz. U. 2020 r. poz. 1398 )

1. **DANE OFERENTA**
2. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

…………………………………………………………………………………………

( podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

1. Dokładny adres: ………………………………………………………………………..

tel. …………………………....................... e – mail …………………………………..

1. Forma prawna …………………………………………………………………………...
2. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych i organ prowadzący rejestr

…………………………………………………………………………………………...

1. Numer wpisu do rejestru sądowego …………………………………………………….
2. Nr NIP Nr REGON

…………………………………………………………………………………........................

1. Nazwa banku ………………………………………………………………………….
2. Nr konta bankowego …………………………………………………………………..
3. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy dotacji na realizację programu polityki zdrowotnej

…………………………………………………………………………………………...

1. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty ( imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego)

…………………………………………………………………………………………...

1. **OPIS PROGRAMU**
2. Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

…………………………………………………………………………………………...

1. Harmonogram realizacji programu:

Kampania informacyjna Termin realizacji

…………………………………………………………………………………………..

Akcja edukacyjna Termin realizacji

…………………………………………………………………………………………

1. Miejsce wykonywania szczepień, dokładny adres, telefon, sposób rejestracji ( m.in. zasady udziału pacjentów w programie, dni i godziny realizacji programu ).

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………..

1. Maksymalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:

…………………………………………………………………………………………..

( imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki - kwalifikacje zawodowe )

1. Warunki lokalowe spełniające wymogi sanitarne niezbędne do realizacji zamówienia.

…………………………………………………………………………………………...

1. Rodzaj szczepionki, którą podmiot realizujący zadanie wykona szczepienie.

…………………………………………………………………………………………...

1. Dotychczasowe doświadczenia w dziedzinie objętej programem

…………………………………………………………………………………………...

1. **KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU**
2. **Koszty akcji promocyjnej**

………………………………………………………………………………………..

1. **Oferujemy wykonanie usług będących przedmiotem zamówienia za następującą cenę**:

Cena jednostkowa brutto …………………….. zł.

Ilość przebadanych osób ………………………..

Wartość zamówienia brutto ………………….. zł

* 1. **Szczegółowa kalkulacja kosztów podania szczepionki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztu | Stawka ofertowa usługi  za jedną osobę  (kwota brutto ) | Ilość jednostek ilość osób, która otrzyma szczepionkę | Koszt całkowity  ( w zł )  (kwota brutto ) |
| 1.  2.  3.  4.  5. | Badanie lekarskie  Podanie szczepionki  Koszty utylizacji  Inne koszty  Razem |  |  |  |

1. **Razem wszystkie koszty**  ( pkt III. 1 + III.2 ): ………………………………………
2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że informacje podane w ofercie i załączone dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

…………………………………………………………………………………………………

( podpis i pieczęć podmiotu leczniczego )

**Do formularza oferty na realizację programu polityki zdrowotnej należy dołączyć wszystkie niezbędne załączniki wymienione w ogłoszeniu konkursowym.**

Załącznik Nr 1

do formularza oferty na realizację

programu polityki zdrowotnej

…………………………………….

(pieczątka podmiotu leczniczego)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałam się z treścią:

1. ogłoszenia o Konkursie na realizację świadczeń zdrowotnych pod nazwą

**„ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 ” ,**

1. programem polityki zdrowotnej pod nazwą „ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 ” będącego załącznikiem do Uchwały Nr XX/205/20 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 14 września 2020 r. i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienia.

..…………………………………………………….

data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu

Załącznik Nr 2

do formularza oferty na realizację

programu polityki zdrowotnej

…………………………………….

(pieczątka podmiotu leczniczego)

**Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia , oświadczam, że posiadam kadrę niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych niezbędnych do realizacji programu pod nazwą **„ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 ”.**

Wyżej wymieniony program realizować będzie **……………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………..**

( wskazać liczbę i kwalifikacje zawodowe osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych )

..…………………………………………………….

data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu

Załącznik Nr 3

do formularza oferty na realizację

programu polityki zdrowotnej

…………………………………….

(pieczątka podmiotu leczniczego)

**Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia , oświadczam, że posiadam polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy tj. realizacja programu pod nazwą **„ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 ”.**

..…………………………………………………….

data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiot

Załącznik Nr 4

do formularza oferty na realizację

programu polityki zdrowotnej

…………………………………….

(pieczątka podmiotu leczniczego)

**Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia , oświadczam, że nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

..…………………………………………………….

data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiot