

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

FORMULARZ OFERTOWY
NA REALIZACJĘ W 2022 ROKU
PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy
Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023” w 2022 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. 2021 r. poz. 1285 ze zm.)

I. DANE OFERENTA

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

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

2) Dokładny adres:

tel. e – mail

3) Forma prawna

4) Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych i organ prowadzący rejestr

.....

5) Numer wpisu do rejestru sądowego

6) Nr NIP

Nr REGON

.....

7) Nazwa banku

8) Nr konta bankowego

9) Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy dotacji na realizację programu polityki zdrowotnej

.....

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

.....

II. OPIS PROGRAMU

1. Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

.....

2. Harmonogram realizacji programu:

Kampania informacyjna

Termin realizacji

.....

Akcja edukacyjna

Termin realizacji

.....

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

.....

.....

4. Maksymalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:

.....

(imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki - kwalifikacje zawodowe)

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

.....

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

.....

7. Dotychczasowe doświadczenia w dziedzinie objętej programem

.....

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Koszty akcji promocyjnej

.....

2. Oferujemy wykonanie usług będących przedmiotem zamówienia za następującą cenę:

Cena jednostkowa brutto zł.

Ilość przebadanych osób

Wartość zamówienia brutto zł

2.1 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.	Badanie lekarskie			
2.	Podanie szczepionki			
3.	Koszty utylizacji			
4.	Inne koszty			
5.	Razem			

3. **Razem wszystkie koszty** (pkt III. 1 + III.2):

4. 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.

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski

.....
(pieczęć 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 ” ,
2. 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

BURMISTRZ
Sądan Pawłowski

.....
(pieczęć 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 Kamięnsk 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

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski

.....
(pieczęć 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 Kamięnsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023**”.

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiot

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski

Załącznik Nr 4
do formularza oferty na realizację
programu polityki zdrowotnej

.....
(pieczęć 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

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski