

.....  
(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**

*Roman Pawłowski*