

.....  
(Pieczęć oferenta)

.....  
(Miejscowość i data)

## FORMULARZ OFERTY

na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach „Gminnego Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) w zakresie kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej profilaktyki zakażeń HPV oraz profilaktyki prozdrowotnej, realizowanej poprzez szczepienia szczepionką czterowalentną typ HPV 6,11,16,18 przeciwko rakowi szyjki macicy, sromu i pochwy oraz brodawkom płciowym dziewcząt rocznik 2005 zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kętrzyn.

### **I. Dane oferenta:**

Pełna nazwa

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

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym):

.....  
.....

tel.: ..... fax: .....  
e-mail..... http:// .....

Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych

.....  
NIP: .....

REGON: .....

Nazwa banku: .....

Numer konta: .....

Kierownik placówki: (nazwisko i imię, numer telefonu): .....

.....

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu:

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

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, numer telefonu): .....

.....  
.....

## **II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń**

|                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności, w których będzie realizowane zadanie:</b> |
|                                                                                                                                                        |

### **III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne**

| Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                               |  |

#### **IV. Plan rzeczowo – finansowy:**

|                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Cena jednostkowa za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu, zawierająca koszt szczepionki wraz z kosztem badania lekarskiego i iniekcji wynosi (PLN brutto) w tym: |  |
| Słownie złotych:                                                                                                                                                                    |  |
| - Cena jednostkowa brutto zawierająca koszt szczepionki wynosi (PLN brutto)                                                                                                         |  |
| Słownie złotych:                                                                                                                                                                    |  |
| - Cena jednostkowa pojedynczego badania lekarskiego wynosi (PLN brutto)                                                                                                             |  |
| Słownie złotych:                                                                                                                                                                    |  |
| - Cena jednostkowa za wykonanie iniekcji szczepionki - wynosi (PLN brutto)                                                                                                          |  |
| Słownie złotych:                                                                                                                                                                    |  |
| 2. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3-krotne podanie szczepionki): 3 x cena z pkt 1 wynosi (zł brutto)                                                         |  |
| Słownie złotych:                                                                                                                                                                    |  |

|                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3. Cena za kampanię informacyjno-<br>edukacyjną wynosi (zł brutto)                                                      |     |
| Słownie złotych:                                                                                                        |     |
| 4. Szacowana liczba osób objętych<br>szczepieniem w ramach Programu:                                                    | 117 |
| Całkowity koszt realizacji programu tj. cena<br>z pkt 2 x liczba osób z punktu 4 + cena z<br>pkt 3 – wynosi (zł brutto) |     |
| Słownie złotych:                                                                                                        |     |

**V. Proponowany czas trwania umowy:**

.....  
 .....

**VI. Proponowany sposób przeprowadzenia intensywnej i skutecznej akcji informacyjno-edukacyjnej skierowanej do adresatów Programu, w tym do ich rodziców (opiekunów prawnych) oraz do chłopców w celu jak najpełniejszej realizacji zadania.**

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

**VII. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:**

**Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres, pokój)**.....

.....  
 .....

**Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń:**

.....  
 .....

**Sposób rejestracji pacjentów:**

osobiście (adres, godziny)

.....  
 .....

telefonicznie (numer, godziny).....

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wykonanie świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu szczepień profilaktycznych dla dziewcząt z terenu Miasta Kętrzyn oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
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 świadczenie w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.
5. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje 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 nie zmniejszania 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).
6. Posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów leczniczych świadczących usługi szczepień ochronnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpis i pieczęć przedstawiciela/-li oferenta  
upoważnionego/-ych do reprezentowania  
oferenta)

**Załączniki wymagane do oferty:**

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o której mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2018 r. poz. 160 z późn. zm.) – zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany.
  2. Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzającego m. in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta – zgody 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 bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
  4. Statut oferenta.
  5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany).
  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 i stanem faktycznym” oraz pieczęć, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.