**Załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursu ofert - Program HPV**

……………………………..

( Pieczęć oferenta )

…………………………………

(Miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY**

na wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki prozdrowotnej, wymienionych w ogłoszeniu konkursu ofert na realizację świadczeń zdrowotnych związanych z promocją zdrowia i profilaktyką zdrowotną na terenie Gminy Bobrowniki w zakresie : „Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV)”

**I. Dane oferenta:**

Pełna nazwa: ……………………….....……….………………………………………..

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

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym): ………………………………………......…………………………………………… …………………….....……………………..…………………………………….

tel.: fax:……………….......…………………………………….

e-mail…………….. http:// ....…..…………..………………………

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (lub innego właściwego rejestru/ewidencji ) – dot. oferentów, o których mowa w art. 100 i 106 ustawy o działalności leczniczej: ……………………………………………………….........................................................………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko oraz numer wpisu do właściwego rejestru, oznaczenie organu dokonującego wpisu – dot. oferentów, o których mowa w art. 106 ustawy o działalności leczniczej:

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

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. Informacje dotyczące przemiotu i zakresu podmiotowego oferty**

1. Przedmiot oferty : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Zakres podmiotowy oferty :

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń**

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

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

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

**IV. Plan rzeczowo-finansowy:**

**1.Przeprowadzenie kampanii informacyjno edukacyjnej wśród rodziców , uczniów rocznika 2000, w tym dziewcząt objętych programem oraz uzyskanie zgód rodziców na przeprowadzenie szczepień ( zgodnie z zakresem podmiotowym oferty) :**

**Kwota brutto za przeprowadzenie pełnej kampanii informacyjno-edukacyjnej ( słownie: …………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..)**

**2. Szczepienia przeciw rakowi szyjki macicy:**

**Dziewczęta – rocznik 2000, ( zgodnie z zakresem podmiotowym oferty ) .………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**( planowane …………………………. osób)**

**Kwota brutto za wykonanie szczepień u jednej osoby (tj. cena szczepionki + cena usługi):** …………………………(słownie:…………………………….……………….............................................…………………………….……………………)

**Kwota brutto za wykonanie szczepień ……………osób (tj. cena szczepionki + cena usługi): ………………………(słownie:………………………………………………………………………………………………………………...)**

Kwoty wskazane powyżej powinny obejmować koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów oraz kwalifikacyjne badania lekarskie.

**Całkowity koszt realizacji świadczeń brutto ( punkt 1 + punkt 2) ……………………………………**

**(słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….)**

**V. Proponowany czas trwania umowy:**

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

**VI. Dostępność do świadczeń zdrowotnych;**

Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres)

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

Terminy udzielania świadczeń: ……………………………………………………………………………………….…………..………………….

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

Sposób rejestracji pacjentów:

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

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wykonanie świadczeń zdrowotnych  
 polegających na przeprowadzeniu kampanii informacyjno-edukacyjnej i szczepień profilaktycznych dla dziewcząt rocznika 2000 Gminy Bobrowniki oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

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

……………………………………………

(Podpis i pieczęć

osoby upoważnionej do

reprezentowania oferenta)

**Do oferty należy dołączyć:**

* załącznik nr 1

- w przypadku zakładów opieki zdrowotnej

1. odpis z rejestru podmiotów leczniczych,

2. odpis z Krajowego Rejestru Sądowego

3. zaświadczenie o nadaniu nr NIP,

4. zaświadczenie o nadaniu nr REGON,

5. oświadczenie oferenta o nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielonych

w programie świadczeń zdrowotnych,

- w przypadku organów, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r.

o działalności leczniczej (Dz. U z roku 2013, poz. 217 ze zm.) – odpis z właściwego rejestru/ewidencji.

* załącznik nr 2

- kalkulację kosztów realizacji świadczeń określonych w pkt. IV formularza oferty z uwzględnieniem

poszczególnych elementów wchodzących w skład zaproponowanej kwoty,

- szczegółowe cele programu oraz charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować wskazane cele,

* załącznik nr 3

- kserokopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia urnowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

* załącznik nr 4 - edukacja prozdrowotna realizowana przez oferenta oraz inne informacje, które oferent chce przedstawić (np., informacje prasowe o działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje - według uznania oferenta).

Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis - „potwierdzono za zgodność z oryginałem", (datę oraz czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta). Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.