

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru realizatora realizacji programu-udzielenie świadczeń zdrowotnych poprzez szczepienia profilaktyczne przeciwko bakteriom meningokokowym grupy C w 2018 roku.

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienie)	
I. DANE OFERENTA		
Nazwa oferenta		
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy	(stacjonarny)	(komórkowy)
Fax.		
e-mail		
Numer konta bankowego		
Adres miejsca (gabinetu), w którym		

planuje się realizację Programu			
Do formularza ofertowego należy dołączyć:	Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk		
	Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		
	Statut (jeśli oferenta taki posiada)		
	Zaświadczenie o nr NIP		
	Zaświadczenie o nr REGON		
Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu			
Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego			
Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program			
II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:			
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej	Posiadane specjalizacje i certyfikaty w szczególności certyfikat „PTR”	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie

	(umowa o prace i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	(dokładne wskazanie – do oferty dołączyć dokumenty potwierdzające)	zlecającego program)
1.			
2.			
3.			
4.			
III. Informację o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego			
1.	Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie		
2.	Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do Internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych		
IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:			
1.	Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres, nr tel./fax.)		
2.	Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godziny 17:00))		
3.	Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno – reklamową skierowaną do adresatów programu		
Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:			
1.	Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)		

Słownie złotych:	
2. A w tym:	
<ul style="list-style-type: none"> • Koszt szczepionki wynosi(PLN/brutto) • Koszt konsultacji medycznych wynosi (PLN/brutto) • Koszt iniekcji wynosi (PLN/brutto) 	
3. Cena jednostkowa brutto za wykonanie jednokrotnego szczepienia	
Słownie złotych:	
4. Ilość osób objętych programem:	
5. Szacowana ilość jednostek rozliczeniowych programu (pakietów):	
6. Całkowity koszt realizacji programu (PLN brutto)	
Słownie złotych:	

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia Wójta Gminy Lanckorona o konkursie ofert na wybór realizatora „Programu –udzielenie świadczeń zdrowotnych poprzez szczepienia profilaktyczne dzieci zamieszkałych na terenie gminy Lanckorona, przeciwko bakteriom meningokokowym grupy C w 2017r.
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 świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego;
5. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
 - c) udzielanie 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) utrzymanie 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 niezmnieszenia 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 podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w 2018 r.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczętka przedstawiciela/-li oferenta
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalności leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t Dz.U. z 2018r.,poz. 160 z późn.zm.)- zgodny z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
2. Aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do realizacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta – zgodny 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.

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.

WÓJT
Tadeusz Łopate