

.....  
(pieczęć oferenta)

.....  
(miejsowość i data)

## FORMULARZ OFERTOWY

realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla 219 osób, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Kowale Oleckie, Świętajno, Wieliczki).

1. Oferent (pełna nazwa):

.....  
.....

2. Dokładny adres (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu, adres e-mail oferenta

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

3. NIP - .....

4. REGON - .....

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (np. z KRS, potwierdzające zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – wymienić (i załączyć):

- .....
- .....

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta - .....

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w imieniu oferenta: .....

.....  
8. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):.....  
.....

9. Nazwisko i imię osoby (osób) odpowiedzialnej(-nych) za realizację programu:.....  
.....

10. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

11. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu, w tym szczegółowy harmonogram szczepień:.....  
.....  
.....  
.....

12. Informacje o szczepionce, w tym: nazwa, zgodność techniczna szczepionki warunkująca dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski, jej skuteczność i zakres działania  
.....  
.....  
.....  
.....

13. Świadczenia zdrowotne będą udzielane w warunkach (dotyczy: aparatury, sprzętu medycznego, środka transportu i łączności) zgodnych z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.  
Poniżej przedstawiam wykaz tych miejsc, w których będą udzielane świadczenia mieszkańcom powiatu oleckiego:

<b>Świadczenia udzielane mieszkańcom:</b>	<b>Dokładny adres udzielanego świadczenia w ramach programu</b>
1. Gminy Kowale Oleckie	.....
2. Gminy Świątajno	.....
3. Gmina Wieliczki	.....

14. Świadczenia zdrowotne będzie wykonywał personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

Poniżej przedstawiam wykaz personelu medycznego, który będzie realizował program.

Nazwa personelu medycznego	Liczba personelu medycznego, posiadającego o prawo wykonywania zawodu	Liczba personelu medycznego, posiadającego zaświadczenia uprawniające do wykonywania szczepień
1. Lekarz rodzinny	.....	.....
2. Pediatria	.....	.....
3. Pielęgniarka	.....	.....
4. ....	.....	.....

15. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji przedmiotu zamówienia:

1.	Cena zakupu jednej dawki szczepionki	.....zł (brutto)
2.	Cena usługi za podanie jednej dawki szczepionki, w tym kosztu badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego	.....zł (brutto)
3.	Ogólny koszt szczepienia jednej osoby (trzy dawki szczepionki* + ogólny koszt usługi)	.....zł (brutto)
4.	Całkowity koszt szczepienia <b>219</b> osób (liczba osób do zaszczepienia x ogólny koszt szczepienia jednej osoby).	.....zł (brutto)

\* dotyczy szczepionki w trzydawkowym schemacie podania

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

- Zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Powiatu w Olecku o prowadzonym postępowaniu konkursowym na wybór realizatora w związku z uchwałą Nr XLI/242/2018 Rady Powiatu w Olecku z dnia 28 czerwca 2018 r. w sprawie uchwalenia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”.
- Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- Przez cały okres realizacji programu na zlecenie zamawiającego, zobowiązuje się do:
  - zapewnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych,

określonych w odrębnych przepisach;

- 2) zabezpieczenia dostępu do sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
- 3) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- 4) posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami.

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
lub podpisy i pieczęćki osób upoważnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta

#### Załączniki:

1. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji (odpis zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany).
2. Kopia aktualnego wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w dziale IV ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) - wypis zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany.
3. Kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną, określoną odpowiednimi przepisami.
4. Dokumentacja dotycząca szczepionki - charakterystyka produktu leczniczego.
5. Inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.

**Wyżej wymienione dokumenty, oferent przedkłada w oryginale lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem (dotyczy każdej strony dokumentu).**

STAROSTA  
  
Marian Swierszcz