

.....  
(pieczęć oferenta)

.....  
(miejsowość i data)

### FORMULARZ OFERTOWY

realizacji powiatowego programu zdrowotnego „Profilaktyka raka szyjki macicy na lata 2009 - 2020”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV typ 6, 11, 16, 18, dziewcząt urodzonych w 2002 r. i zamieszkałych na terenie Powiatu Oleckiego.

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 (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. do KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - wymienić:

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:.....

.....

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. Dostępność do realizowanego programu – określenie miejsc, w których planuje się realizację działań w ramach programu, w tym na terenie:
- 1) Gminy Olecko .....
  - 2) Gminy Kowale Oleckie .....
  - 3) Gminy Wieliczki .....
  - 4) Gminy Świętajno .....
11. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program: .....
12. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu, w tym harmonogram szczepień:.....  
.....
13. Informacje o szczepionce, w tym: zgodność techniczna szczepionki warunkująca dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski, jej skuteczność i zakres działania: .....
14. Określenie warunków udzielania świadczeń (aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączność): .....
15. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie:.....  
.....
16. Świadczenia zdrowotne będzie wykonywał personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz rodzinny, pediatra, pielęgniarka), który będzie realizował program, wraz z danymi na temat ich kwalifikacji,

stażu pracy i doświadczenia zawodowego:

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj specjalizacji	Pozostałe informacje

17. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji przedmiotu zamówienia:

- 1) całkowity koszt realizacji przedmiotu zamówienia, obejmujący szczepienia, .....zł brutto (słownie złotych: .....), w tym:
- 1) wynagrodzenie za pierwszą dawkę szczepionki (całkowity koszt):  
184 (liczba osób) x .....zł/l dawkę (brutto) = .....zł brutto
  - 2) wynagrodzenie za drugą dawkę szczepionki (całkowity koszt):  
184 (liczba osób) x .....zł/l dawkę (brutto) = .....zł brutto
  - 3) wynagrodzenie za trzecią dawkę szczepionki (całkowity koszt):  
184 (liczba osób) x .....zł/l dawkę (brutto) = .....zł brutto

2) kosztorys ze względu na rodzaj kosztów\*:

Lp.	Rodzaj kosztów	Wartość dla jednej osoby (w zł brutto)			Łączny koszt objęcia jednej osoby programem zdrowotnym (w zł brutto)
		pierwsza dawka szczepienia	druga dawka szczepienia	trzecia dawka szczepienia	
1.	Koszt szczepionki				
2.	Koszt badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego				
<b>Ogółem</b>					

\* dotyczy szczepionki w trydawkowym schemacie podania

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Powiatu w Olecku o prowadzonym postępowaniu konkursowym na wybór realizatora w związku z uchwałą Nr XXIX/178/09 Rady Powiatu w Olecku z dnia 27 sierpnia 2009 r. w sprawie uchwalenia powiatowego programu zdrowotnego „Profilaktyka raka szyjki macicy na lata 2009 – 2020”.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3. Przez cały okres realizacji programu na zlecenie zamawiającego, zobowiązuje się do:
- 1) 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 pieczętka osoby upoważnionej  
lub podpisy i pieczętka osób upoważnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta

### **Załączniki:**

1. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji.
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 2015 r. poz. 618 z późn. zm.).
3. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób wymienionych w pkt 16 oferty (dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, inne).
4. 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.
5. Dokumentacja dotycząca szczepionki - charakterystyka produktu leczniczego.
6. Inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.