

### FORMULARZ OFERTOWY

**Dotyczący realizacji Programu zdrowotnego profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia pod nazwą „Grypa 65+” na 2022 rok”.**

1. Oferent ( pełna nazwa)

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

2. Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

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

3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta (telefon komórkowy)

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

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

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

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru/ ewidencji zakładów opieki zdrowotnej- wymieniść:

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

6. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program

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

.....  
.....  
7. Nazwa banku i numer konta oferenta.

.....  
.....  
.....  
8. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielenia świadczeń

.....  
.....  
.....  
9. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście- adres, godziny; telefonicznie- numery, godziny, elektronicznie –adres, e-meil)

.....  
.....  
.....  
10. Świadczenia zdrowotne wykonywać będzie personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz rodzinny, pielęgniarka), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Imię i nazwisko	Zawód , stopień specjalizacji Zawód , stopień specjalizacji	Pozostałe informacje

Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

11. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno- edukacyjną skierowaną do adresatów programu w celu jak najpełniejszej realizacji zadań oraz zapewnienia powszechnego, równego dostępu do świadczeń osobom uprawnionym.

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

12. Jednostkowy koszt realizacji świadczeń zdrowotnych obejmujący koszty wszystkich czynności określonych w opisie przedmiotu konkursu:

cena brutto jednej dawki szczepienia szczepionką czterowalentną wynosi.....PLN (słownie zł:.....)

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego oferty, do:

- przedłożenia lub zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania,
- przedłożenia stosownej dokumentacji potwierdzającej, że pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2022., poz. 402)

2. Jest/ nie jest\* podatnikiem podatku VAT. (\*niepotrzebne skreślić).

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

.....

Podpis i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji

oferenta

Wymagane załączniki do oferty:

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji treści umowy, wg. Załącznika nr 1 do oferty.
2. Wydruk lub kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do CEiDG).
3. Kserokopia wpisu do właściwego rejestru, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021r., poz. 1285 z późn.zm.)
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia, wymienionych w pkt 10 oferty.