Załącznik nr 3
do Zarządzenia Nr 110/2018

Wójta Gminy Ujazd

z dnia 20 czerwca 2018 r.

**………………………… …………………….**

 (pieczęć oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY**

**na realizację programu polityki zdrowotnej**

**pn. „****Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ujazd w wieku 60 lat i więcej”**

**na rok 2018**

|  |
| --- |
| **I. DANE OFERENTA** |
| Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym: |  |
| Forma organizacyjna: |  |
| Osoba uprawniona do reprezentacji oferenta: | imię: | nazwisko: |
| Dyrektor/Kierownik: | imię: | nazwisko: |
| Adres do korespondencji: | kod: | miejscowość: | ulica i numer domu: |
| numer telefonu: | numer faksu: | e-mail: |
| Adres siedziby firmy: | kod: | miejscowość: | ulica i numer domu: |
| Numer telefonu: | numer faksu: | e-mail: |
| NIP**:**  | REGON:  |
| Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody: | Nr:  | Data rejestracji (dd-mm-rrrr): |
| Główny księgowy lub osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego |  |
| Nazwa banku: |  |
| Numer konta |  |
| Informację o posiadaniu lub nie zewnętrznego certyfikowanego systemu zarządzania jakością |  |

|  |
| --- |
| **II. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ** |
| **Nazwa miejsca udzielania świadczeń:** |
| Adres miejsca udzielania świadczeń: | kod: | miejscowość: | ulica i numer domu: |
| numer telefonu: | numer faksu: | e-mail: |
| Opis warunków lokalowych |  |
| Dostępność dla osób niepełnosprawnych: | [ ]  podjazdy[ ]  winda[ ]  automatyczne drzwi[ ]  wc dla niepełnosprawnychkondygnacja:  |

|  |
| --- |
| **III. Plan rzeczowo finansowy** |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Cena jednostkowa**  | **Liczba****świadczeń**  | **Wartość****świadczeń** |
| **1.** | **Szczepienie ochronne****w tym:** |  |  |  |
| Badanie lekarskie kwalifikujące do programu |  |  |  |
| Wykonanie szczepienia |  |  |  |
| **2.** | **Akcja informacyjno-edukacyjnej** |  |  |  |
| **Całkowity koszt realizacji programu** |  |

|  |
| --- |
| **IV. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ** |
| **L.p.** | **Imię** | **Nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Czas pracy** |
| **dzień tygodnia** | **Od godz.** | **Do godz.** | **Uwagi** |
|  | : | : |  |
|  | : | : |  |
|  | : | : |  |
|  | : | : |  |
|  | : | : |  |

Czy Oferent zapewni pacjentowi możliwość wykonania świadczenia zarówno w godzinach przedpołudniowych, jak i popołudniowych (zaznacz właściwą odpowiedź):

 □ TAK □ NIE

|  |
| --- |
| **Sposób rejestracji pacjentów do Programu:** |
| **Osobiście** | **Telefonicznie (numer)** |
| Adres | Dni | Godziny |
|  |  |  |  |

**Oferent oświadcza, że:**

1. Dysponuje sprzętem medycznym niezbędnym do wykonywania świadczeń wramach Programu.
2. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ujazd w wieku 60 lat i więcej”
3. Wszystkie podane w formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Personel medyczny wskazany w ofercie, jako udzielający świadczeń w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na realizację przedmiotowych świadczeń w dniach
i godzinach wyszczególnionych w złożonej ofercie (oświadczenia personelu
z pisemną zgoda znajdują się w dyspozycji Oferenta).

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

podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych
do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu

**Do Formularza oferty należy dołączyć**:

* załącznik nr 1 **(w zależności od statusu prawnego Oferenta)**
	1. Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu I księgi rejestrowej oraz tego/tych fragmentu/-ów, który/-e dotyczy/-ą realizacji przedmiotu konkursu ofert; natomiast w przypadku praktyk zawodowych - cały wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
	2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; https://ems.ms.gov.pl/).
	3. W przypadku Oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej: kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający określenie zasad reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie sposobu reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności.
	4. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
* załącznik nr 2 – kserokopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania. W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację Programu należy również dołączyć zobowiązanie Oferenta do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast w przypadku braku polisy Oferent musi złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
* załącznik nr 3 – kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu;

**Kserokopie dokumentów** muszą być na każdej stronie **potwierdzone za zgodność
z oryginałem** oraz **czytelnie podpisane** (lub zawierać podpis/-y i pieczątkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania Oferenta.

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

Oferent składa tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert w ramach konkursu spowoduje, iż żadna z nich nie będzie rozpatrywana.