

.....
(pieczęć oferenta)

Garbatka-Letnisko, dnia.....

Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

wykonanie w 2019 roku „Programu profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Garbatka-Letnisko po 65 roku życia na lata 2019-2021”

Nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

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

Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....
.....

Adres siedziby oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

.....
.....

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji

.....
.....

Imię i nazwisko głównego księgowego lub osoby upoważnionej do prowadzenia rozliczenia finansowego

.....
.....

NIP : REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:

.....
.....

Adres miejsca (gabinetu), w którym będzie realizowany Program:

.....
.....

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

WÓJT

Teresa Fryszkiewicz

.....
(pieczęć oferenta) Garbatka-Letnisko, dnia.....

Formularz Oferty -oświadczenia oferenta

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

wykonanie w 2019 roku „Programu profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Garbatka-Letnisko po 65 roku życia na lata 2019-2021”

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych w tym warunkami umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019, poz. 595).
3. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

Lp.	Imię i Nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, data zatrudnienia u oferenta)
1
2
3
4

4. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi konieczne określone w pkt. 2 szczegółowych warunków konkursu.
5. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną (nazwa, wiek): (Uwaga: wypełniać tylko w przypadku konieczności stosowania w programie sprzętu specjalistycznego w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”).


.....
.....
6. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

1. Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ubiegającego się o realizację programu (oferenta),
2. Kopię statutu podmiotu leczniczego (oferenta),
3. Kopię zaświadczenia o nr NIP oferenta,
4. Kopię zaświadczenie o nr REGON oferenta,
5. Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu leczniczego (oferenta) i sygnowane jego podpisem oraz pieczęcią.

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w oświadczeniu oferenta dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

WÓJT

Teresa Fryszkiewicz

.....
(Pieczętka nagłówkowa Oferenta)

Garbatka-Letnisko, dnia..... r.

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

wykonanie w 2019 roku „Programu profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Garbatka-Letnisko po 65 roku życia na lata 2019-2021”

Miejsce realizacji Programu (nazwa Przyjmującego zamówienie i dokładny adres gabinetu, w którym realizowany będzie Program):.....

Opis Programu:

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonaniu:

- 1) konsultacji lekarskiej potwierdzającej zdolność do wykonania szczepienia (każdorazowo przed szczepieniem),
- 2) wykonania szczepienia przeciwko grypie.

2. Populacja objęta Programem

Program skierowany jest do osób, które w dniu szczepienia ukończyły 65 lat i są zameldowane na terenie Gminy Garbatka-Letnisko.

Czas realizacji Programu:

od dnia do dnia **15 grudnia 2019 r.**

Telefoniczna rejestracja i informacja pacjentów:

Nr tel. 48 w godz. od do

Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:

Pacjenci będą przyjmowani oddo w godz. od do

Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

.....
.....

Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony

Przyjmującego zamówienie (nr telefonu, e mail):

.....

Kalkulacja kosztów

A	Liczba osób możliwych do objęcia Programem osób uprawnionych	1031
B	Koszt realizacji Programu za jedną osobę pokrywany przez Udzielającego zamówienie	
C	Kwota, która jest pobierana przez Przyjmującego zamówienie od uczestnika Programu podlegającego szczepieniu	5 zł
D	Proponowany łączny koszt realizacji Programu (suma B i C) pomnożona przez A	
E	Koszt realizacji Programu pokrywany przez Udzielającego zamówienie (iloczyn A i B)	

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

WÓJT
Teresa Fryszkiewicz