**FORMULARZ OFERTOWY** na realizację: „**PROGRAMU pn.:** „**PROGRAM SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY W WIEKU 65 LAT I WIĘCEJ W 2021R**

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć oferenta) |  Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia) |
| I**. DANE OFERENTA** |
| **Pełna nazwa oferenta** |  |
| **Adres siedziby oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)** |  |
| **Nr NIP oferenta** |  |
| **Nr REGON oferenta** |  |
| **Telefon kontaktowy** **i adres e-mail** |  |
| **Nazwa banku i numer konta bankowego** |  |
| **Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację zadania** |  |
| **Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie, w tym działania promocyjne** |  |
| **II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń:** |
| Imię i nazwisko, tytuł zawodowy | Data od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa)  | Posiadane specjalizacje i certyfikaty |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **III. Informacje o warunkach lokalowych oraz sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń zdrowotnych:** |
| 1. Warunki lokalowe zgodne z przepisami obowiązującymi w tym zakresie
 |  |
| 1. Wyposażenie w sprzęt medyczny (aparatura, sprzęt do realizacji świadczeń) zgodny z przepisami obowiązującymi w tym zakresie
 |  |
|  **IV. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:** |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres, nr tel./fax)
 |  |
| 1. Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń
 |  |
| 1. Oferowany sposób przeprowadzenia kampanii informacyjno- edukacyjnej
 |  |
| **V. Kalkulacja realizacji zadania:**  |
| **1.Cena jednostkowa brutto w zł za wykonanie jednego szczepienia(** podanie 1 dawki szczepionki dla 1 osoby **) wraz z usługą****2. Cena brutto działań edukacyjno - informacyjnych** **3. Liczba osób objętych szczepieniami**: |  **…………………… zł**(słownie:………………………………………………)………………………złSłownie: ………………………………………………zł………………………… |
| **VI. Koszt całkowity brutto realizacji programu(PLN/Brutto)** | **…………………… zł**(słownie:………………………………………………) |

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert oraz projektu umowy;
2. spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
3. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
4. osoby realizujące świadczenia posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora;
5. przez okres realizacji świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do:
6. zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
7. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonych w odrębnych przepisach,
8. zabezpieczenia specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do wykonywania świadczeń zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach prawa, posiadające aktualne przeglądy techniczne potwierdzone w paszportach tych urządzeń.
9. udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
10. utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji świadczeń oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
11. zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą ( w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).
12. Przestrzegania ustawy z dnia 16 maja 2016 r. o przeciwdziałaniem zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym(DZ.U z 2018r. poz.405)

 ……………………………. …… ……………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątką przedstawiciela/-li

 oferenta upoważnionego/-ych

 do reprezentowania oferenta

Do oferty załączono:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z zm.) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
2. Kopię odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowane upoważnienia udzielone tym organom.
3. Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Decyzję w sprawie nadania numeru NIP.
5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.

**Kopie dokumentów załączone do oferty muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.**