..... (pieczęć oferenta)

..... (miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

na realizację w 2022 r. świadczeń zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego pn.: „Szczepienia ochronne przeciw grypie dla mieszkańców Powiatu Pajęczańskiego w wieku 65 lat i więcej na 2021-2023 rok"

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa:

.....

.....

Dokładny adres (z kodem pocztowym).....

.....

tel.: .....fax: .....

e-mail.....http://.....

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)

.....

NIP:.....

REGON:.....

Nazwa banku:.....

Numer konta:.....

Kierownik placówki: (nazwisko i imię, numer telefonu):.....

.....

Osoba (osoby) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu:.....

Koordynator programu – osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji programu (nazwisko i imię, numer telefonu):.....

Proponowany czas trwania umowy.....

II. Dane dotyczące warunków lokalowych i bazy sprzętowej oferenta

Wykaz wyposażenia w sprzęt medyczny niezbędnego do przeprowadzenia szczepień w ramach programu:

III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia Zdrowotne w ramach programu

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia w ramach programu z określeniem kwalifikacji zawodowych i doświadczenia w realizacji świadczeń objętych programem

IV. Plan rzeczowo finansowy:

1. Proponowana liczba osób, którą oferent
   Zamierza przebadać w ramach programu:.....

2. Koszt jednostkowy (koszt przebadania jednej osoby) wraz z kalkulacją kosztu przebadania jednej osoby (proszę o uwzględnienie w kalkulacji wszystkich składowych kosztu).

L.p.	**Poszczególne składowe kosztu jednostkowego**	**Koszt w zł**
1. 2. 3. ...		
	Koszt jednostkowy **(koszt przebadania jednej osoby)**	

3. Całkowity koszt realizacji świadczeń:
(liczba osób x koszt jednostkowy):.....

V. Dostępność do świadczeń w ramach programu

Miejsce udzielania świadczeń w ramach programu (dokładny adres, pokój).....

.....

.....

Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń w ramach programu.....

.....

.....

Sposób rejestracji pacjentów do programu:

Osobiście (adres, godziny) .....

Telefonicznie (numer, godziny).....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację świadczeń_zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego pn.,, Szczepienia ochronne przeciw grypie" oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
2. Wszystkie podane w ofercie i załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

(podpis i pieczęć kierownika placówki/
Osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

Do oferty należy dołączyć:

1. załącznik nr 1 - Aktualny odpis z właściwego rejestru / ewidencji oraz kserokopię statutu.
2. załącznik nr 2 - Kserokopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania,
3. załącznik nr 3 - Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach programu, wymienionych w pkt III formularza oferty
4. załącznik nr 4 - Inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. informacje prasowe o działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje – według uznania oferenta).

Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis - potwierdzono za zgodność z oryginałem" oraz czytelny podpis (lub podpis i pieczątkę) kierownika jednostki lub osoby wskazanej w formularzu oferty jako osoba upoważniona do reprezentowania oferenta.