*Załącznik nr 1*

*do ogłoszenia konkursu ofert*

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

Pieczątka firmowa oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

na realizację programu zdrowotnego w roku 2017

**pn. „*Program polityki zdrowotnej na lata 2017-2018***

***w zakresie szczepień ochronnych przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci z terenu miasta Malborka urodzonych w 2015-2016 roku*”**

*składany w trybie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*

*(t.j. Dz. U. Z 2017 r., poz. 1938)*

1. **DANE OFERENTA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pełna nazwa oferenta  (podmiotu leczniczego zgodnie  z dokumentem rejestrowym): |  |
| 2. | Dokładny adres,  wraz z kodem pocztowym: |  |
|  | a) numer telefonu: |  |
|  | b) numer faksu: |  |
|  | c) e-mail: |  |
|  | d) http:// |  |
| 3. | Forma prawna: |  |
| 4. | Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr: |  |
| 5. | Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji: |  |
| 6. | Osoba/-y upoważniona/-e  do reprezentowania oferenta  i podpisywania umowy na realizację programu polityki zdrowotnej: |  |
| 7. | NIP |  |
| 8. | REGON |  |
| 9. | Nazwa Banku: |  |
| 10. | Nr rachunku: |  |
| 11. | Dyrektor/Kierownik podmiotu leczniczego  (imię i nazwisko, nr tel., fax.): |  |
| 12. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu polityki zdrowotnej  (funkcja oraz numer telefonu kontaktowego): |  |
| 13. | Główny Księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu  (imię i nazwisko, numer telefonu kontaktowego): |  |

1. **INFORMACJA MERYTORYCZNA W ZAKRESIE DZIAŁALNOŚCI PLACÓWKI**:

|  |
| --- |
|  |

1. **SPOSÓB ORGANIZACJI KAMPANII INFORMACYJNO-EDUKACYJNEJ**:

|  |
| --- |
|  |

1. **WARUNKI LOKALOWE I SPRZĘTOWE PRZEWIDZIANE DO REALIZACJI PROGRAMU**:
2. Posiadanie gabinetu lekarskiego do przeprowadzenia badań dzieci objętych działaniami programu wraz z punktem szczepień, spełniającego pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa:

**TAK NIE**

Wskazać adres miejsca gabinetu lekarskiego z punktem szczepień, w którym planuje się realizację Programu - dokładny adres, telefon, adres mailowy, **wraz z podaniem dni i godzin (od … do …) realizacji Programu**:

|  |
| --- |
|  |

1. Posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji Programu:

**TAK NIE**

1. Posiadanie sprawnej linii telefonicznej z możliwością łatwego połączenia się z punktem/osobom rejestrującą na szczepienia i udzielającą niezbędnych informacji w zakresie realizacji szczepienia:

**TAK NIE**

1. **ZASOBY KADROWE OFERENTA (PERSONEL MEDYCZNY PRZEWIDZIANY DO REALIZACJI PROGRAMU)**:

**TAK NIE**

1. **Lekarze:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  (tytuł zawodowy, specjalizacja) | **Posiadane doświadczenie zawodowe**  (staż pracy  w zawodzie) | **Zakres zadań**  **w ramach Programu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Pielęgniarki** (ewentualnie inny personel medyczny uprawniony do wykonywania szczepień):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  (tytuł zawodowy, specjalizacje, kursy  w zakresie szczepień ochronnych) | **Posiadane doświadczenie zawodowe**  (staż pracy  w zawodzie) | **Zakres zadań**  **w ramach Programu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **HARMONOGRAM PLANOWANYCH DZIAŁAŃ, Z PODANIEM TERMINÓW ICH ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA, PRZY CZYM TERMIN ZAKOŃCZENIA REALIZACJI ZADANIA MUSI BYĆ ZGODNY Z PODANYM W OGŁOSZENIU:**

|  |
| --- |
|  |

1. **KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Kalkulacja kosztów wykonania szczepienia**  **u jednego dziecka**  (*koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki + koszty organizacyjne*) | **Koszt jednostkowy brutto:**  …................................ zł  w tym: |
| a) badanie lekarskie:  …..…........... zł |
| b) wykonanie szczepienia:  …................ zł |
| c) zakupu 1 dawki szczepionki (*koszt preparatu*):  …................ zł |
| d) koszty organizacyjne:  …................ zł |
| 2. | **Liczba planowanych dawek szczepionki:**  (*należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent planuje wykonać*  *w ramach realizacji Programu*)  ….......................................... | |
| 3. | **Koszt całkowity realizacji Programu**  *(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek)* | **…....................................... zł brutto.** |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu: …........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

........……………............... ...........……………………………………

Miejscowość, data  *Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*  **Uwaga!**

1. Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
2. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
3. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
4. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
5. Do oferty należy dołączyć oświadczenia i dokumenty wymienione w ogłoszeniu konkursowym, a w przypadku kopii potwierdzone za zgodność z oryginałem zgodnie z wymogami ogłoszenia konkursowego.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. **Dokumenty**:
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą albo wydruk z rejestru podmiotów leczniczych;
3. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (albo wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu KRS pobrany na podstawie art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym) lub inny właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności oferenta, np. wydruk z CEiDG, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
4. kopia zaświadczenia o nadaniu nr NIP Oferenta;
5. kopia zaświadczenia o nadaniu nr REGON oferenta;
6. pełnomocnictwo do podpisania oferty, o ile umocowanie do reprezentowania oferenta nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta;
7. **Oświadczenia**:
8. oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem ZUS i Urzędu Skarbowego;
9. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią *Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora/realizatorów w roku 2017 Programu zdrowotnego pn. „Program polityki zdrowotnej na lata 2017-2018 w zakresie szczepień ochronnych przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci z terenu miasta Malborka urodzonych w 2015-2016 roku”*, zawierającego szczegółowe warunki konkursu ofert;
10. oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą oraz o posiadaniu odpowiednich warunków do wykonywania szczepień, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz. U. 2012 , poz.739);
11. oświadczenia, że oferent zobowiązuje się do wykonania świadczeń obejmujących zakres przedmiotowy konkursu na terenie miasta Malbork, w zakresie określonym w umowie oraz ponoszenia wyłącznej odpowiedzialności za świadczenia wykonane w ramach Programu, zarówno wobec zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich na rzecz których udzielał będzie przedmiotowych świadczeń;
12. oświadczenie, że oferent zapewni poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników Programu z zachowaniem wymogów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922);
13. oświadczenie, że jako podmiot leczniczy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
14. oświadczenie, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe, pod groźbą odpowiedzialności karnej.

**UWAGA: wzór oświadczenia, określonego lit. a) – g) stanowi załącznik nr 1 do FORMULARZA OFERTOWEGO.**