

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru podmiotu, który zorganizuje i przeprowadzi w 2021 roku w Wałbrzychu **Program Polityki Zdrowotnej „Zapobieganie inwazyjnej chorobie pneumokokowej u chorych na najczęstsze nowotwory hematologiczne”**.

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Urząd Miejski w Wałbrzychu)	
I. DANE OFERENTA:		
Nazwa oferenta		
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy	(stacjonarny)	(komórkowy)
Fax.		
e-mail		
Numer konta bankowego		
Adres miejsce, w którym planuje się realizację Programu		
Do formularza ofertowego należy dołączyć:	Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk	
	Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
	Statut (jeśli oferenta taki posiada)	
	Zaświadczenie o nr NIP	
	Zaświadczenie o nr REGON	
	Polisa bądź zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia	

	odpowiedzialności cywilnej		
Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu			
Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego, jej tel., fax, e-mail.			
Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program (opis).			
II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:			
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje i certyfikaty	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
1.			
2.			
3.			
4.			
III. Informację o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego:			
1. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie.			
2. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych			

IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:	
1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (adres, nr tel./fax.): a) szczepień, b) działań promocyjno-edukacyjnych	
2. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 1 raz w tygodniu, w tym 1 raz co najmniej do godziny 17:00)	
3. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję promocyjną oraz działania promocyjno-edukacyjne skierowane do adresatów programu.	
VI. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:	
1. Nazwa szczepionki przeciwko pneumokokom dla osób dorosłych 2. Cena jednostkowa brutto za wykonanie jednego szczepienia (podania jednej dawki szczepionki dla jednej osoby) wraz z usługą (PLN/brutto), w tym: 1) koszt zakupu szczepionki, 2) koszt kwalifikacyjnego badania lekarskiego, 3) koszt wykonania iniekcji, 4) utylizacja zużytych materiałów i sprzętu medycznego, 5) inne koszty – np. prowadzenie dokumentacji medycznej, obsługa administracyjno-księgowa, koszt druku pisemnych zgód itp. – opisać szczegółowo jakie .	
Cena ogółem słownie złotych:	
3. Cena za wykonanie szczepienia dla jednej osoby wraz z usługą jw. Cena (PLN/brutto) Słownie złotych:	
4. Cena jednostkowa (dla jednej osoby) za przeprowadzenie działań promocyjno-edukacyjnych – proszę opisać i przedstawić harmonogram kampanii, z uwzględnieniem wszystkich kosztów w przeliczeniu na jedną osobę. (PLN/brutto)	

Cena (PLN/brutto), słownie złotych:	
5. Liczba osób objętych programem: 1) szczepienia 2) działania promocyjno-edukacyjne	
6. Całkowity koszt realizacji programu (PLN/brutto): 1) szczepienia (liczba osób x cena pełnego szczepienia), 2) działania promocyjno-edukacyjne (liczba osób objętych kampanią x cena jednostkowa)	
OGÓŁEM: Cena (PLN/brutto): Słownie złotych:	

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

- 1) Zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert oraz Programem Polityki Zdrowotnej „Zapobieganie inwazyjnej chorobie pneumokokowej u chorych na najczęstsze nowotwory hematologiczne”.
- 2) Spełnia wszystkie wymagania zawarte w Regulaminie konkursu.
- 3) Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- 4) Świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw Pneumokokom nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 5) Osoby realizujące świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.
- 6) Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
 - c) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - d) utrzymanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
 - e) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczętka przedstawiciela/-li oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalności leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 r., poz. 711 ze zm.) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym.
2. Kopia 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. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
3. Polisa 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. Statut oferenta.
5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP.
6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
7. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli oferent takie posiada).
8. Oświadczenia dotyczące:
 - a) zapoznania się z treścią ogłoszenia oraz Programu Polityki Zdrowotnej „Zapobieganie inwazyjnej chorobie pneumokokowej u chorych na najczęstsze nowotwory hematologiczne”, realizowanego przez Gminę Wałbrzych,
 - b) potwierdzenia faktu, że świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw pneumokokom nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - c) liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń, określonych w ramach zadania objętego konkursem oraz miejsca realizacji umowy,
 - d) oferenta o treści: "Jestem płatnikiem podatku VAT/Nie jestem płatnikiem podatku VAT".
9. Podpisana informacja o przetwarzaniu danych osobowych.

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.