

## FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru podmiotu realizującego w 2023 roku Programu Polityki Zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2022–2026 Miasta Wałbrzycha”, obejmującego szczepienie dziewcząt i chłopców urodzonych w 2011 r. oraz uzupełniająco dziewczęta z rocznika 2010, które w roku 2022 przyjęły I dawkę, zameldowanych na pobyt stały na terenie Wałbrzycha oraz edukację zdrowotną dziewcząt i chłopców z rocznika 2011 oraz ich rodziców/opiekunów i nauczycieli.

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Urząd Miejski w Wałbrzychu)	
<b>I. DANE OFERENTA:</b>		
<b>Nazwa oferenta</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy</b>	(stacjonarny)	(komórkowy)
<b>Fax.</b>		
<b>e-mail</b>		
<b>Numer konta bankowego</b>		
<b>Adres miejsce, w którym planuje się realizację Programu</b>		
<b>Do formularza ofertowego należy dołączyć:</b>	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	
<b>Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu</b>		
<b>Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego, jej tel., fax, e-mail.</b>		
<b>Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program (opis).</b>		

**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	
<b>IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>	
1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (adres, nr tel./fax.): a) szczepień, b) edukacji zdrowotnej	
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 akcję edukacyjno-informacyjną skierowaną do adresatów programu.	
<b>V. Wykaz Szkół na terenie Wałbrzycha, w których realizowany będzie „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2022-2026 Miasta Wałbrzycha” - załącznik do niniejszej oferty</b>	
<b>VI. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:</b>	
1. Nazwa szczepionki przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego HPV typu HPV-6, HPV-11, HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33, HPV-45, HPV-52, 2. Cena jednostkowa brutto za wykonanie jednego szczepienia (podania jednej dawki szczepionki dla jednej dziewczynki/chłopca) 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 zaproszeń-deklaracji itp. – opisać szczegółowo jakie .	1. Nazwa szczepionki: 2. Cena jednostkowa brutto za wykonanie jednego szczepienia (podania jednej dawki szczepionki dla jednej osoby) wraz z usługą (....zł), 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 - .....
Cena ogółem słownie złotych:	
3. Cena za wykonanie cyklu szczepień dla jednej dziewczynki/chłopca ( tj. pełny cykl, 2-krotne podanie szczepionki dla jednej dziewczynki/chłopca) wraz z usługą jw. Cena (PLN/brutto)	

Słownie złotych:	
4. Cena jednostkowa (dla jednej osoby) za przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej w szkołach (prelekcje nt.:zasadności profilaktyki szczepień przeciwko wirusowi HPV, profilaktyki raka szyjki macicy, ryzykownych zachowań oraz chorób przenoszonych drogą płciową itp. – , dla dziewcząt, chłopców, rodziców/opiekunów i nauczycieli wg podanej propozycji – 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 dziewcząt i chłopców z rocznika 2011 2) edukacja zdrowotna 3) doszczepienie dziewczynek z rocznika 2010 (19 dziewczynek)	
6.Całkowity koszt realizacji programu (PLN/brutto): 1) szczepienia (liczba dziewcząt i chłopców x cena pełnego cyklu szczepień, 2) kampanii informacyjno-edukacyjnej ( 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, projektem umowy oraz Programem profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2022–2026”, realizowanym przez Gminę Wałbrzych w 2023 roku.
- 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 zakażeniom brodawczaka ludzkiego HPV 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  
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. 2022 r., poz. 633 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. Oświadczenie potwierdzające fakt, że świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego HPV nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
8. Oświadczenie o liczbie i kwalifikacjach zawodowych osób udzielających świadczeń, określonych w ramach zadania objętego konkursem oraz miejsca realizacji umowy.
9. Oświadczenie oferenta o treści: "Jestem płatnikiem podatku VAT/Nie jestem płatnikiem podatku VAT".
10. Opis sposobu realizacji zadania wraz z tygodniowym harmonogramem pracy, wskazującym dni i godziny, w których realizowany będzie program oraz określenie sposobu rejestracji dziewczynek i chłopców na szczepienia.

#### 11. Plan realizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej.

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