

Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr WG/2/2017

Wójta Gminy Wicko

z dnia 19 stycznia 2017 r.

FORMULARZ OFERTOWY

.....

(Pieczęć oferenta)

.....

(Miejscowość i data)

na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w programie zdrowotnym „Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy w Gminie Wicko na lata 2014-2018”

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa

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

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym):

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

tel.:

fax:

e-mail.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych*

.....

NIP:

REGON:

Nazwa banku:

Numer konta:

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

.....

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu:

.....
.....

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, numer

telefonu) :

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

II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności, w których będzie realizowane zadanie:

--

III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych

--

IV. Plan rzeczowo – finansowy:

1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu, zawierająca koszt szczepionki wraz z kosztem badania lekarskiego i iniekcji wynosi (zł brutto)	
Słownie złotych:	
2. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3-krotne podanie szczepionki): 3 x cena z pkt 1 wynosi (zł brutto)	
Słownie złotych:	
Szacowana liczba osób objętych szczepieniem w ramach Programu:	2017 - 42 (3-krotne podanie dawki)

V. Proponowany czas trwania umowy:

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

VI. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:

Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres, pokój)

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

Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń:

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

Sposób rejestracji pacjentów:

osobiście (adres, godziny)

.....
.....

telefonicznie (numer, godziny)

.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wykonanie świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu szczepień profilaktycznych dla dziewcząt z terenu Gminy Wiczo oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów.

4. Osoby realizujące świadczenie w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.

5. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:

- a) Zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
- b) Zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
- c) Udzielania 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) Utrzymania 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 nie zmniejszania 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).

6. Posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów leczniczych świadczących usługi szczepień ochronnych.

.....
.....
Miejscowość, data (Podpis i pieczęć przedstawiciela/-li oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta)

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o której mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.) – zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany.

2. Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzającego m. in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta – zgody z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. 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 (jeżeli został nadany).

6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.

7. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji programu.

8. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ (jeśli oferent takie posiada).

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