Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 9/2020

Wójta Gminy Mała Wieś

z dnia 30 stycznia 2020 roku

**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący wyboru realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w Programie polityki zdrowotnej pt. ,,Program szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV w Gminie Mała Wieś na lata 2018-2020” w 2020 roku.

|  |  |
| --- | --- |
| (Pieczęć Oferenta) | …………………………….……………… ( Miejscowość i data) |
| 1. **Dane o Oferencie**
 |
| **Pełna nazwa Oferenta** |  |
| **Adres siedziby Oferenta** |  |
| **Telefon** |  |
| **Fax.** |  |
| **e-mail** |  |
| **Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nazwa banku** |  |
| **Numer konta bankowego** |  |
| **Kierownik zakładu**  | Imię i Nazwisko: numer telefonu: |
| **Osoba odpowiedzialna za realizację programu**  | Imię i Nazwisko: numer telefonu: |
| 1. **Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń**
 |
| **Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny w których będzie realizowane zadanie** |
|  |
| 1. **Informację na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne**
 |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  | **Kwalifikacje, staż pracy** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| 1. **Plan rzeczowo- finansowy**
 |
| Nazwa szczepionki przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego | ………………………………………………… |
| Cena jednostkowa brutto szczepionki (2 dawki)  |  **……………… zł**słownie złotych: .……………........................………………………………………………… |
| Cena jednostkowa brutto kwalifikacji do szczepień, wykonanie szczepienia, sporządzenie dokumentacji oraz współpracy z pielęgniarką szkolną |  **……………… zł**słownie złotych: ……………………...............………………………………………………… |
| Szacowany całkowity koszt brutto  |  **……………… zł**słownie złotych: ……………………...............………………………………………………… |
| 1. **Propozycja działań podejmowanych we współpracy z pielęgniarką szkolną w celu przeprowadzenia spotkań informacyjno- edukacyjnych, a także rozpowszechniania informacji na temat realizowanego Programu**
 |
|  |
| 1. **Dostępność do świadczeń zdrowotnych**
 |
| Miejsce udzielania świadczeń ( dokładny adres) |  |
| Proponowane dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń |  |

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1.Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w Programie polityki zdrowotnej pt. ,,Program szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV w Gminie Mała Wieś na lata 2018-2020”, szczegółowymi warunkami konkursu ofert określonymi w Regulaminie konkursu oraz projektem umowy.

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

3. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w regulaminie konkursu.

4. Przedmiot programu polityki zdrowotnej mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów.

5. Świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw zakażeniom brodawczaka ludzkiego HPV nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają odpowiednie kwalifikacje niezbędne do świadczenia usług zdrowotnych przewidzianych programem.

7. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego zobowiązuję się do:

1) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielenia świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,

2) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,

3) udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektująca prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

4) 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 polityki zdrowotnej oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia,

5) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą ( w szczególności z uwzględnieniem dostępności świadczeń zdrowotnych, sprzętu, kwalifikacji personelu odpowiedzialnego za udzielanie świadczenia),

8.Dane osobowe niezbędne do wykonania przedmiotu umowy będzie gromadził zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

……………………………… …………………………………

 Miejscowość, data podpis i pieczątka Oferenta/ przedstawiciela upoważnionego do reprezentowania 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 (tj. Dz. U. 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym,

2.Kopia odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzającym m.in. status prawny Oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy- zgodnie z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,

3.Kopia potwierdzenia nadania numeru NIP,

4.Kopia potwierdzenia nadania numeru identyfikacyjnego REGON,

5.Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.