

Załącznik nr 3
Do Zarządzenia nr 46/2021
Wójta Gminy Rybno
z dnia 16 kwietnia 2021r.

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru podmiotu leczniczego w ramach realizacji programu polityki
zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na
lata 2021 – 2025 obejmującego dziewczynki urodzone w 2009 roku

Pieczęć oferenta	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający Zamówienie)
I DANE OFERENTA	
Pełna nazwa	
Adres siedziby	
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (innego właściwego rejestru)	
NIP	
REGON	
Telefon kontaktowy	
Fax	
e-mail	
Nazwa banku i nr konta bankowego	
Adres miejsca realizacji programu	

Do formularza ofertowego należy dołączyć (potwierdzone za zgodność z oryginałem)	Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk	
	Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
	Statut (jeśli posiada)	
	Zaświadczenie o nr NIP	
	Zaświadczenie o nr REGON	
	Polisa bądź zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia OC	
Imię i nazwisko osoby/osób odpowiedzialnych za realizację programu oraz telefon kontaktowy		
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego oraz telefon kontaktowy		
Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program		
II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:		
<p style="text-align: center;">Oświadczenie</p> <p>Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadre niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2021 – 2025 dla Gminy Rybno.”</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;"><i>Podpis Przyjmującego Zamówienie</i></p>		
III. Informacje o sprzęcie i materiałach do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach		

programu	
1. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie	
2. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu	
IV Dostępność do świadczeń objętych programem	
1. Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres, nr. tel., fax.)	
2. Harmonogram szczepień (co najmniej 3 razy w tygodniu w tym 1 raz w godzinach od 15:00 do 18:00)	
V Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu:	
Cena jednostkowa szczepienia (koszt wykonania szczepienia, konsultacji medycznej, wykonania iniekcji, prowadzenia dok. medycznej, sprawozdawczości itp.) Brutto w PLN	
Słownie:	
Całkowity koszt realizacji programu brutto w PLN (słownie:)	
Jednocześnie Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:	
<p>1. Zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, regulaminem konkursu, projektem umowy, Programem polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2021 – 2025 dla Gminy Rybno” oraz Rekomendacją nr 2/2019 z dnia 11 października 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)</p> <p>2. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w Regulaminie.</p> <p>3. Wszystkie informacje podane w ofercie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.</p> <p>4. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Udzielającego Zamówienie.</p> <p>5. Przez cały okres realizacji szczepień na zlecenie Udzielającego Zamówienie zobowiązuję się do:</p> <p>a) zatrudnienia przy realizacji szczepień osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych</p>	

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 w zakresie określonym w art. 25. ust. 1, pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020r. poz. 295 ze zm.)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania
Przyjmującego Zamówienie

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art.106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020r. poz. 295 ze zm.) – zgodnie z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty,
2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego m. in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień - stosowne upoważnienie udzielone tym organom.
3. Statut oferenta (jeśli ma obowiązek jego sporządzenia),
4. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP,
5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
6. Polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, ważną w okresie wykonania umowy, bądź zobowiązaniem oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy,
7. Oświadczenia:
 - a. o zapoznania się z treścią ogłoszenia, Regulaminu konkursu, projektu umowy oraz treścią „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2021 – 2025 dla Gminy Rybno” oraz Rekomendacją nr 2/2019 z dnia 11 października 2019r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)

- b. o dysponowaniu odpowiednią (posiadającą wymagane kwalifikacje) i doświadczoną kadrą medyczną oraz kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób zaangażowanych w realizację programu, w tym aktualne dokumenty potwierdzające uprawnienia,
- c. o posiadaniu odpowiednich warunków lokalowych do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności do wykonania szczepień – spełniających wymogi określone w obowiązujących przepisach prawnych oraz zgodne z wymaganiami określonymi przez NFZ, powinny być wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku, spełnienia wszystkich wymagań zawartych w Regulaminie konkursu,
- d. potwierdzające, że w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
- e. że oferent jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki,
- f. osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

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

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

Oferty, które nie odpowiadają warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE.

Miejscowość, data

podpis i pieczętka przedstawiciela oferenta

.....

.....