

Załącznik nr 3  
Do Zarządzenia nr 28/2019  
Wójta Gminy Rybno  
z dnia 27 marca 2019r.

### FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący wyboru realizatora Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki  
zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2016 – 2020 dla Gminy Rybno

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

<b>Do formularza ofertowego należy dołączyć (potwierdzone za zgodność z oryginałem)</b>	<b>Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk</b>	
	<b>Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>	
	<b>Statut (jeśli posiada)</b>	
	<b>Zaświadczenie o nr NIP</b>	
	<b>Zaświadczenie o nr REGON</b>	
	<b>Polisa bądź zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia OC</b>	
<b>Imię i nazwisko osoby/osób odpowiedzialnych za realizację programu oraz telefon kontaktowy</b>		
<b>Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego oraz telefon kontaktowy</b>		
<b>Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program</b>		
<b>II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:</b>		
<b>Oświadczenie</b>		
<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 2016 – 2020 dla Gminy Rybno.”</p>		



<p>.....</p> <p style="text-align: right;"><i>Podpis Przyjmującego Zamówienie</i></p>	
<b>III. Informacje o sprzęcie i materiałach do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach programu</b>	
<b>1. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie</b>	
<b>2. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu</b>	
<b>IV Dostępność do świadczeń objętych programem</b>	
<b>1. Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres, nr. Tel., fax.)</b>	
<b>2. Harmonogram szczepień (co najmniej 3 razy w tygodniu w tym 1 raz w godzinach od 15:00 do 18:00)</b>	
<b>3. Proszę podać w jaki sposób zostanie przeprowadzona intensywna i skuteczna akcja informacyjno-edukacyjna do adresatów programu</b>	
<b>V Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu</b>	
<b>1. Cena kampanii informacyjno-edukacyjnej (ulotki w ilości 130 szt., plakaty format A3 – 5 szt. informacja w lokalnym radiu, spotkanie z ekspertem) Brutto w PLN</b>	
Słownie: .....	
<b>2. Cena jednostkowa szczepienia (koszt wykonania szczepionki, konsultacji medycznej, wykonania iniekcji, prowadzenia dok. medycznej, sprawozdawczości) Brutto w PLN</b>	
Słownie: .....	
<b>Całkowity koszt realizacji programu brutto w PLN .....</b>	

(słownie: .....)

**Jednocześnie Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:**

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 2016 – 2020 dla Gminy Rybno”, oceną Agencji Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji.
2. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w Regulaminie.
3. Wszystkie informacje podane w ofercie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Udzielającego Zamówienie.
5. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Udzielającego Zamówienie 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) 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 2018r. poz. 2190 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 2018r. poz. 2190 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 2016 – 2020 dla Gminy Rybno” i oceną Prezesa AOTMiT nr 20/2016 z dnia 9 lutego 2016r. dotyczącą niniejszego programu,
  - 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 by 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 pieczętkę, 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

.....

