

Załącznik nr 3
Do Zarządzenia nr 44/2018
Wójta Gminy Rybno
z dnia 27.04.2018r.

FORMULARZ OFERTOWY

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

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)	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:		
Oświadczenie		
<p>Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadrę 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><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)	
3. Proszę podać w jaki sposób zostanie przeprowadzona intensywna i skuteczna akcja informacyjno-edukacyjna do adresatów programu	
V Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu	
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	
Słownie:	
2. Cena jednostkowa szczepienia (koszt wykonania szczepionki, konsultacji medycznej, wykonania iniekcji, prowadzenia dok. medycznej, sprawozdawczości) Brutto w PLN	
Słownie:	
Całkowity koszt realizacji programu brutto w PLN	

(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.160)

.....
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. 160) – 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 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” orasz 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

.....

.....

