

.....
(Pieczęć oferenta)

.....
(Miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) dla Miasta Pabianice na lata 2015-2016”

1. Dane oferenta:

Pełna nazwa:

.....
.....

Adres:.....
.....

Tel.:.....

Fax.:.....

e-mail:.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:

.....

NIP

REGON

Kierownik placówki (Imię i nazwisko, nr telefonu):

.....

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

.....

.....

.....

.....

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię i nazwisko, nr telefonu)

.....

.....

2. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

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

--

--

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

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

--

4. Plan rzeczowo-finansowy

- a) kwota brutto za wykonanie szczepień (wszystkie dawki) u jednej osoby (tj. cena szczepionki + cena usługi obejmująca: kwalifikacyjne badania lekarskie, koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, dojazd itp.):

.....
słownie:

- b) kwota brutto za wykonanie szczepień (jedna dawka) u jednej osoby

.....
słownie:

- c) kwota brutto za wykonanie szczepień 200 osób x koszt szczepienia:

.....
słownie:

5. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:
Miejsce/a udzielania świadczeń (dokładny adres)

.....
.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „Program Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) dla Miasta Pabianic na lata 2015-2016”
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć:

- Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- Wydruk aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność,
- Zaświadczenie o nr NIP,
- Zaświadczenie REGON,
- Oświadczenie oferenta o nier refundowaniu przez NFZ udzielonych w programie świadczeń zdrowotnych,
- Kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres i udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej,
- dokumenty poświadczające kwalifikacje zawodowe osób biorących udział w realizacji programu,
- Inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje – według uznania oferenta).