Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o konkursie ofert

.

...............................................................................…..

(pieczęć Oferenta)

Formularz ofertowy do ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora/realizatorów zadania Bezpieczni bo zaszczepieni pn. Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń meningokokowych w Małopolsce na lata 2020-2027, realizowanego przez Powiat Myślenicki w 2021 r.

**w GMINIE ………………………………………**

*(wpisać właściwe)*

1. **DANE OFERENTA**
2. **Pełna nazwa oferenta** *(zgodnie z wpisem z właściwego rejestru)*

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

1. **Adres siedziby oferenta** *(miejscowość, ulica, nr lokalu, kod pocztowy)*

……………………………………………………………………….………………….……..

…………………………………………………………………………………………………

**Tel.** ………………………………………… **Fax.** …………………………………………...

**e-mail** ……………………………………… **http://** …………………………………………

1. **Status prawny oferenta** …………………………………………………….……..………...

…………………………………………………………………………………………………

1. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

…………………………………………………………………………………………………

1. **Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (w przypadku wpisu)**

.........................................................................................……………………………….

1. **NIP** …………………………………………
2. **REGON** ………………………………..…...
3. **Nazwa banku i nr rachunku**

…………………………………………………………………………..……………………..

1. **Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu oferenta** *(zgodnie z wpisem z właściwego rejestru), w przypadku udzielenia pełnomocnictwa – dołączyć pełnomocnictwo)*

…………………………………………………………………………………………………

1. **Osoba odpowiedzialna za koordynację programu w podmiocie leczniczym**   
   *(imię i nazwisko, funkcja , nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)*

…………………………………………………………………………………………………

1. **Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu w podmiocie leczniczym (***imię i nazwisko, funkcja , nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)*

…………………………………………………………………………………………………

1. **ZASOBY KADROWE OFERENTA** *(personel medyczny przewidziany do realizacji Programu)*

**TAK 🞏 NIE 🞏**

1. **Lekarze**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  *(tytuł zawodowy, specjalizacja)* | **Posiadane doświadczenie zawodowe** (staż pracy  w zawodzie) | **Zakres zadań  w ramach programu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Pielęgniarki** *(ewentualnie inny personel medyczny uprawniony do wykonywania szczepień)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  *(tytuł zawodowy, specjalizacje,  kursy w zakresie szczepień ochronnych)* | **Posiadane doświadczenie zawodowe** (staż pracy  w zawodzie) | **Zakres zadań  w ramach programu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH W RAMACH PROGRAMU**

**Warunki lokalowe i sprzętowe** *(przewidziane do realizacji programu)*

1. **Posiadanie gabinetu lekarskiego do przeprowadzenia badań dzieci objętych działaniami programu wraz z punktem szczepień, spełniającego pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa**

**TAK 🞏 NIE 🞏**

Wskazać adres miejsca *(gabinetu lekarskiego z punktem szczepień)*, w którym planuje się realizację programu *(podać dokładny adres)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu**

**TAK 🞏 NIE 🞏**

1. **Posiadanie sprawnej linii telefonicznej**

**TAK 🞏 NIE 🞏**

1. **KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU   
   W GMINIE ………………………..**
2. **Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Kalkulacja kosztów wykonania szczepienia jedną dawką, u jednego dziecka**  *(koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki + koszty organizacyjne)* | **Koszt jednostkowy: ……………… zł (brutto)**  **w tym:** |
| ***a. badanie lekarskie -*** …………… ***zł*** |
| ***b. wykonanie szczepienia -*** …………… ***zł*** |
| ***c. zakupu 1 dawki szczepionki*** *(koszt preparatu)* ***-*** ………… ***zł*** |
| ***d. koszty organizacyjne -*** …………… ***zł*** |
| **2.** | **Liczba planowanych dawek szczepionki:**  *(należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent planuje wykonać  w ramach realizacji zadania)*  ……………………………………… | |
| **Całkowity koszt realizacji Programu**  ***(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek)*** | | .………………………………………… |

1. **Informacje o preparacie farmaceutycznym, który będzie zastosowanym do szczepień**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szczepionki planowanej do użycia w realizacji programu w 2021 r.**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | **Okres ważności szczepionki**  **………………** |

***Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu***

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

1. **Sposób dotarcia z informacją o programie****do rodziców /opiekunów dzieci spełniających kryteria włączenia do programu oraz sposób rekrutacji dzieci do Programu** *(należy wymienić planowane działania)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Harmonogram planowanych działań z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia** *(termin zakończenia realizacji zadania musi być zgodny z podanym w Ogłoszeniu konkursu ofert)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Dostępność do świadczeń objętych programem** *(proszę opisać czy będzie istniała możliwość uzyskania informacji i rejestracji telefonicznej do programu oraz wskazać liczbę dni w tygodniu, w których realizowany będzie program, z uwzględnieniem godzin, w których możliwe będzie wykonanie szczepienia (od …do…)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

...............................................................

(pieczęć podmiotu leczniczego)

......................................................................................................................................

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

**Załączniki do oferty:**

* **Dokumenty wymagane od oferentów:**

1. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą albo wydruk z rejestru podmiotów leczniczych,
2. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (albo wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu KRS pobrany na podstawie art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym) lub inny właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności oferenta, np: wydruk z CEiDG wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
3. pełnomocnictwo do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.

* **Oświadczenia wymagane od oferentów:**

1. oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS i urzędu skarbowego,
2. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią *Ogłoszenia konkursu.*
3. oświadczenie, że oferent zobowiązuje się do wykonywania świadczeń obejmujących zakres przedmiotowy konkursu na terenie Gminy/Gmin Powiatu Myślenickiego, w zakresie określonym w umowie oraz ponoszenia wyłącznej odpowiedzialności za świadczenia wykonane w ramach *Programu,* zarówno wobec Zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich, na rzecz których udzielał będzie przedmiotowych świadczeń
4. oświadczenie, że oferent zapewni poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników *Programu* z zachowaniem wymogów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).
5. oświadczenie, że jako podmiot leczniczy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

***Uwaga:***

***Wzór oświadczenia stanowi załącznik do formularza ofertowego.***