

Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 3.2017 Burmistrza Wolsztyna z dnia 4 stycznia 2017r.
w sprawie: ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV 6,11,16 i 18) w Gminie Wolsztyn w 2017 roku oraz powołania Komisji Konkursowej

OFERTA KONKURSOWA

dotycząca realizacji Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

(HPV 6, 11, 16 i 18) w Gminie Wolsztyn w 2017 roku

1. Oferent (pełna nazwa):

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

2. Adres siedziby (zgodnie z wpisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu, adres e-mail oferenta:

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

3. Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację programu:

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

4. Nazwisko i imię pełnomocnika składającego ofertę (numer telefonu kontaktowego):

.....
.....

5. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nich za realizację programu:

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

7. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru zakładów opieki zdrowotnej:

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

8. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych działań profilaktycznych:

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

9. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program:

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

10. Proponowana liczba świadczeń do wykonania przez Zleceniobiorcę (liczba osób- adresatów programu):

.....
.....

11. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu:

.....
.....

12. Określenie warunków udzielania świadczeń (aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności):

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

13. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie:

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

14. Określenie sposobu rejestracji (umawiania) pacjentów (osobiście-adres, godziny, telefonicznie – numer telefonu, godziny) :

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

15. Kwalifikacje zawodowe kadry medycznej realizującej zadanie. Imienny wykaz personelu medycznego wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego (do oferty proszę załączyć kserokopie dokumentów: dyplomy, zaświadczenia, certyfikaty):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Krótka charakterystyka sposobu przeprowadzenia akcji informacyjno-edukacyjnej skierowanej do adresatów programu, ich rodziców/opiekunów prawnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:

1) cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu.....zł

W tym:

- Koszt szczepionki wynosi..... zł brutto;
- Koszt badania lekarskiego i edukacji wynosi.....zł brutto;
- Koszt iniekcji (w tym materiałów) wynosi..... zł brutto.

2) cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3 –krotne podanie szczepionki):..... zł brutto,

3) szacunkowa ilość dziewczynek urodzonych 2003r.....

4) całkowity koszt realizacji programu (brutto)zł.

Oświadczenie:

1) zobowiązuję się (w przypadku wyboru oferty) do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania.

2) jestem/nie jestem płatnikiem podatku VAT (niepotrzebne skreślić).

3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

.....

.....

Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji oferenta