

Oferta na przeprowadzenie programu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie

.....
(pieczęćka firmowa oferenta)

.....
(miejscowość, data)

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź oferenta
I. Dane o ofercie		
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym numer telefonu numer faxu	
3.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej ¹	
4.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej Imię i nazwisko ²	
5.	Adres wraz z kodem pocztowym numer telefonu numer faxu	
6.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru (np. ewidencji działalności gospodarczej) ³	
7.	NIP	
8.	Regon	
9.	Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w imieniu oferenta	
10.	Kierownik zakładu opieki zdrowotnej: nazwisko i imię numer telefonu numer faxu	

1 Do oferty należy dołączyć aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich / indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich / grupowych praktyk lekarskich, o których mowa w art. 50, 50a, 50b ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

2 Dotyczy osób, o których mowa w art. 5 ust. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

3 Do oferty należy dołączyć aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzające status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta.

11.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu nazwisko i imię numer telefonu numer faxu	
12.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu nazwisko i imię numer telefonu numer faxu	
II. Dostępność do programu		
1.	Wybór pakietu (pakietów)	
2.	Miejsce udzielania świadczeń w ramach programu (dokładny adres, krótki opis warunków lokalowych)	
3.	Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń w ramach programu	
III. Wykaz sprzętu, w tym medycznego, zabezpieczonego do realizacji programu		
<i>Jeżeli sprzęt medyczny nie jest własnością oferenta, do oferty należy dołączyć dokumenty potwierdzające dostęp do sprzętu medycznego (aparatury medycznej).</i>		
1.	Wyposażenie gabinetu lekarskiego	
2.	Wyposażenie gabinetu szczepień	
3.	System komputerowy wraz z drukarką (typ, opis parametrów technicznych)	
4.	Inne wyposażenie	
IV. Informacje o personelu medycznym, który będzie udzielał świadczeń w ramach programu		
<i>Do oferty należy dołączyć oświadczenie oferenta, iż osoby realizujące świadczenia zdrowotne w ramach programu posiadają kwalifikacje wymagane przez zamawiającego</i>		
1.	Lekarze (liczba osób, wykaz imienny tych osób, kwalifikacje tych osób, forma współpracy z oferentem)	

2.	Pielęgniarki środowiskowo – rodzinne (liczba osób, wykaz imienny tych osób, kwalifikacje tych osób, forma współpracy z oferentem)	
3.	Personel do obsługi organizacyjnej programu : osoba odpowiedzialna za kampanię promocyjną, rejestrację pacjentów, prowadzenie bazy danych (liczba osób, forma współpracy z oferentem)	

V. Oferta cenowa realizacji programu

Wyszczególnienie świadczeń	Liczba świadczeń proponowana przez oferenta	Koszt realizacji świadczeń	
		stawka za świadczenie [cena brutto w zł]	wartość programu [kwota brutto w zł]
Zakup szczepionki			
Badanie lekarskie – kwalifikacja do szczepienia			
Wykonanie szczepienia			
Koszt całkowity realizacji programu [brutto złotych]			
słownie złotych brutto:.....			
.....			

VI. Informacje dodatkowe

1.	Czy oferent realizował profilaktyczne szczepienia przeciwko grypie na przestrzeni ostatnich trzech lat ? (proszę wpisać tak lub nie) Kto finansował szczepionki ?	2006r. – 2005r. – 2004r. –
2.	Liczba osób, które zostały zaszczepione przeciwko grypie na przestrzeni ostatnich trzech lat	2006 r. – 2005 r. - 2004 r. -

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Płocka o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programów zdrowotnych;
2. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3. przez cały okres realizacji programu na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach;
 - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu, w tym sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;

- c) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w zakresie obejmującym również odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV, przez cały okres realizacji programu profilaktycznego oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia;
- e) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych).

.....
 podpis i pieczęć
 przedstawiciela/-li oferenta
 upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załączniki:

1. **Sporządzony przez oferenta szczegółowy opis realizacji programu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie wraz z harmonogramem działań, zaplanowanych przez oferenta do realizacji w ramach ww. programu.**
2. Aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę, o którym mowa w art 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późniejszymi zmianami) lub aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich / indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich / grupowych praktyk lekarskich, o których mowa w art. 50, 50a, 50b ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty(t.j. Dz.U.z 2005r. Nr226, poz. 1943 z późniejszymi zmianami) ⁴, ważne do 3 miesięcy od daty wystawienia.
3. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzające m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta, ważne do 3 miesięcy od daty wystawienia⁵. **Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.**
4. **Oświadczenie oferenta, iż osoby realizujące świadczenia w ramach programu posiadają kwalifikacje wymagane przez zamawiającego.**
5. Polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych , w zakresie obejmującym również odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania.
6. Inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. badania własne, dokumentacja prasowa dot. działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia oferenta, rekomendacje – wg uznania oferenta).

4 w zależności od statusu prawnego oferenta

5 w zależności od statusu prawnego oferenta