Załącznik nr 1do Ogłoszenia
Burmistrza Gminy i Miasta Odolanów z dnia .....

.....
(pieczątka oferenta)

# FORMULARZ OFERTOWY

**Na wybór realizatora „programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2015 – 2017" w roku 2017.**

## I. DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ:

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o zamówienie. | |
| 2. | Siedziba | |
| 3. | Nr telefonu | |
| 4. | Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub innego rejestru | |
| 5. | NIP | |
| 6. | REGON | |
| 7. | Nr konta bankowego | |
| 8. | Osoba reprezentująca podmiot upoważniona do podpisania umowy (imię, nazwisko, telefon) | |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.) | |
| 10. | Miejsce realizacji zadania | |

**II. ZASOBY KADROWE - kwalifikacje zawodowe osób biorących udział w realizacji programu i udzielających świadczeń zdrowotnych.**

| LP. | Nazwisko i imię | Kwalifikacje zawodowe |
|---|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

**III. Dotychczasowa działalność w zakresie realizacji programów zdrowotnych – szczepienia profilaktyczne dziewcząt przeciw wirusowi HPV wraz ze wskazaniem podmiotu, na zlecenie którego były one wykonywane :**

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

**IV. Określenie warunków lokalowych (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012r poz.739):**

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

**V. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (telefonicznie, elektronicznie, osobiście):**

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

**VI. Określenie sposobu przeprowadzenia kampanii edukacyjno informacyjnej wśród rodziców i adresatów programu:**

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

.....

.....

## VII. Wskazanie kosztu realizacji zadania:

| | |
|---|---|
| 1.Proponowana ilość świadczeń (ilość osób): | |
| 2.Cena jednostkowa brutto zaszczepienia: | |
| 3.Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej: (zakup szczepionki, koszt konsultacji medycznej, koszt szczepienia oraz inne koszty związane z realizacją zamówienia w tym kampania informacyjno-edukacyjna) | |
| 4.Łączna kwota oferty (poz.1 x poz.2): | |

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

- zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu ofert,
- posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem zamówienia,
- osoby, które będą wykonywały świadczenia zdrowotne posiadają uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie OC),
- zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i czasie określonym przez „udzielającego zamówienia".
- jest związany z ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

..... (pieczątka zakładu)

..... (data i podpis osoby upoważnionej)

**Załączniki do oferty:**

- kserokopia aktualnego odpisu z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub z innego rejestru,
- odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej,
- kserokopia polisy OC,