Załącznik nr 3
do Zarządzenia Nr OSKD – 0050 09/ 2015
Burmistrza Głogówka
z dnia 02 lutego 2015 r.

OFERTA KONKURSOWA

dotycząca realizacji Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) w Gminie Głogówek w roku 2015

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/nych 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:

a) 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.

b) Cena jednostkowa brutto za wykonanie szczepień (2 - krotne podanie szczepionki):

..... zł brutto,

c) szacunkowa ilość dziewczynek urodzonych w 2002 r

.....

d) Całkowity koszt realizacji programu (brutto) w 2015 r.....zł,

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia Burmistrza Głogówka o konkursie ofert na wybór realizatora „Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) w Gminie Głogówek. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
2. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów;
3. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego;
4. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
   a) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
   b) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
   c) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
   d) utrzymanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
   e) Zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).
5. Posiada podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w 2015 r.

.....
Miejscowość, data

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

Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalności leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zmianami) – zgodny z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
2. Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do realizacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta – zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
3. Polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany).
5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu.
7. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli oferent takie posiada).

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym" oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.