Załącznik nr 2

do Zarządzenia

Nr 0050.134.2020 Burmistrza Czerwieńska

z dnia 07 października 2020 r

|  |
| --- |
| **Urząd Gminy i Miasta w Czerwieńsku ul. Rynek 25, 66-016 Czerwieńsk** |

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

 *Pieczęć firmowa oferenta*

**Oferta realizacji w roku 2020 „Programu polityki zdrowotnej dotyczącej profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Czerwieńsk w wieku 65 lat i więcej realizowanego w latach 2020-2023”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **I. DANE OFERENTA** |
| 1. | Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym, numer telnumer faksu adres e-mail |  |
| 3. | Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta  |  |
| 4. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  |  |
| 5. | NIP |  |
| 7. | Regon |  |
| 8. | Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)  |  |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., adres e-mail)  |  |
| 10. | Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)  |  |
| 11. | Nazwa banku |  |
| 12. | Numer konta |  |
| **II. KALKULACJA KOSZTÓW** |
| Koszt 1 dawki szczepionki wraz z jej podaniem w zł |  |
| Liczba osób, które zostaną objęte programem |  |
| Łączny koszt realizacji programu w zł (liczba osób x cena 1 dawki szczepionki wraz z jej podaniem )  |  |
| **III. LICZBA OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PROGRAMU ORAZ ICH KWALIFIKACJE** |
| Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |
| **IV. WARUNKI LOKALOWE I** **WYPOSAŻNIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM** |
|  |
| **V. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W DZIEDZINIE OBJĘTEJ PROGRAMEM** |
|  |
| 1. **HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU**
 |
| Rodzaj zadania | Termin realizacji |
| Akcja informacyjno - edukacyjna |  |
| Wykonanie szczepienia poprzedzonego badaniem kwalifikacyjnym do szczepienia |  |
| **VIII MIEJSCE WYKONYWANIA SZCZEPIENIA, TERMIN REALIZACJI (data, godzina)** |
|  |

Oświadczam, że:

1. zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora w roku 2020 „Programu polityki zdrowotnej dotyczącej profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Czerwieńsk w wieku 65 lat i więcej realizowanego w latach 2020-2023”oraz, że przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jego treści,
2. świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2019 r., poz. 595),
3. cena wskazana w ofercie uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją programu,
4. dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Czerwieńsk, dnia................................. .........…….……………………………….

 *Podpis i pieczęć osoby/osób*

 *upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*

**Uwaga!** Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.

1. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
2. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając pustych miejsc. W przypadku rubryk, których wypełnianie nie dotyczy danego oferenta należy wpisać "nie dotyczy".
3. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
4. Do oferty należy dołączyć:
5. aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oferenta,
6. kopię zaświadczenia o nadaniu nr NIP oferenta,
7. kopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON oferenta,
8. kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.