Załącznik Nr 2

do Zarządzenia Nr 266/2022

Prezydenta Miasta Ciechanów

z dnia 5 grudnia 2022r.

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

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

### FORMULARZ OFERTOWY

program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV Gminy Miejskiej Ciechanów na lata 2023-2026”

***I. Dane dotyczące Oferenta***

1. Pełna nazwa Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

1. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny NIP:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny Regon:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

|  |
| --- |
|  |

1. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych i podejmujący działania w ramach programu:

|  |  |
| --- | --- |
| Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem) |  |
| Pielęgniarka/położna(wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem) |  |
| Osoba prowadząca działalność edukacyjno-informacyjną(wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem) |  |

1. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych i wyposażenia punktu szczepień):

|  |
| --- |
|  |

1. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu:

|  |
| --- |
|  |

***II. Informacje o programie***

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

|  |
| --- |
|  |

1. Planowana liczba uczestników programu (w tym wskazanie np. szkół, rejonu, osiedla):

|  |
| --- |
|  |

1. Liczba dziewcząt /chłopców w wieku 12 lat (roczniki 2011-2014) z aktywnej listy pacjentów POZ zamieszkujących w Ciechanowie , nad którymi Oferent sprawuje profilaktyczną opiekę (wg stanu na dzień składania oferty):

|  |
| --- |
|  |

1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny wykonywania szczepień, sposoby rejestracji uczestników programu, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym udziału w programie:

|  |
| --- |
|  |

1. Opis działań edukacyjno-informacyjnych:

|  |
| --- |
|  |

***III. Plan finansowy – preliminarz kosztów***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Świadczenie | Liczba jednostek | Rodzaj miary | Koszty realizacji  |
| Koszt jednostkowy(cena brutto w zł) | Wartość (kwota brutto w zł) |
| 1. | Wykonanie pełnego szczepienia ochronnego dziewczynki / chłopca w wieku 12 lat szczepionką 4-walentną **(2 dawki),** w tym:1. Przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego.
2. Wykonanie szczepienia
3. Wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych (m.in. dokonanie wpisu w książeczce zdrowia oraz karcie uodpornienia dziecka).
4. Czynności organizacyjno – administracyjno -techniczne i inne koszty (np. utylizacji)
 |  | szczepienie |  |  |
|  | **Planowany koszt całkowity realizacji programu – kwota brutto w zł:** |  |
|  | słownie: |

***IV. Informacje dodatkowe.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym szczególnie w zakresie szczepień ochronnych (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu) |  |

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV Gminy Miejskiej Ciechanów na lata 2023-2026”, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 606/LXII/2022 Rady Miasta Ciechanów a dnia 30 listopada 2022 r.
2. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Ciechanów ,
3. zapoznał się z wzorem i zaakceptował warunki umowy,
4. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym
i faktycznym na dzień złożenia oferty.

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

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych
 do reprezentowania oferenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub kopię zaświadczenia o wpisie do tego rejestru.
2. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
3. upoważnienie do podpisania oferty o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta,
4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
5. oświadczenie, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
6. oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców,
7. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.