**Załącznik Nr 1**

**do Ogłoszenia o Konkursie ofert na realizację ,,Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób w wieku 55 lat i powyżej, zamieszkałych na terenie Gminy Nieporęt,
na lata 2020 -2022”**

stanowiącego załącznik do Zarządzenia

Nr 185/2020 Wójta Gminy Nieporęt
z dnia 29 lipca 2020 r.

**- Formularz ofertowy -**

**OFERTA**

**na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób w wieku 55 lat i powyżej, zamieszkałych na terenie Gminy Nieporęt, na lata 2020-2022”**

**1. Oferent** (pełna nazwa):

…...................................................................................................................................................

…...................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

**2. Adres siedziby Oferenta** (*zgodnie z wpisem do właściwego rejestru - jeżeli podlega*), kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr lokalu, numer telefonu i adres e-mail Oferenta.

….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

**3. Numery wpisów do:**

- Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....................................................,

- Krajowego Rejestru Sądowego ………………………………………………………………

(wypisy z rejestrów w załączeniu).

**4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Oferenta:**

…..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. Określenie warunków lokalowych,** wskazanie adresu lokalu na terenie Gminy Nieporęt, gdzie wykonywane będą świadczenia, ze szczególnym uwzględnieniem sprzętu do realizacji Programu objętego ofertą:

….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**6. Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane świadczenia.**

Poniedziałek w godz. od ………………………… do ……………………………..

Wtorek w godz. od ………………………… do ……………………………..

Środa w godz. od ………………………… do ……………………………..

Czwartek w godz. od ………………………… do ……………………………..

Piątek w godz. od ………………………… do ……………………………..

**7. Określenie sposobu rejestracji pacjentów:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**8. Liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:**

 (wskazanie rodzaju i liczby personelu medycznego)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**9.** **Doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**10. Kalkulacja kosztów:**

**Plan rzeczowo-finansowy**

**1) Liczba szczepień:**

|  |  |
| --- | --- |
| Łączna liczba szczepień, którą Oferent może wykonać w ramach Programu |  |

**2) Cena:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jednostkowa cena szczepionki czterowalentnej (w zł brutto - obejmuje zadania, do których wykonania zobowiązany jest Oferent, m.in. zakup szczepionek i materiałów niezbędnych do wykonania szczepienia, wykonanie szczepienia, edukacja) |  |

**3) Cena całkowita za realizację Programu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Łączna liczba szczepień | Jednostkowa cena szczepionkiczterowalentnej (brutto) | **Całkowity koszt szczepień****(brutto)** |
|  |  |  |

**11.** **Nazwa szczepionki oraz charakterystyka (opis) w zakresie bezpieczeństwa
i skuteczności działania:**

**Sezon epidemiczny 2020/2021** ...................................................................................................

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

**Sezon epidemiczny 2021/2022** – zgodnie z obowiązującą procedurą i zaleceniami na dany sezon epidemiczny (wytyczne Europejskiej Agencji Leków oraz Światowej Organizacji Zdrowia - WHO).

**Sezon epidemiczny 2022/2023** - zgodnie z obowiązującą procedurą i zaleceniami na dany sezon epidemiczny (wytyczne Europejskiej Agencji Leków oraz Światowej Organizacji Zdrowia - WHO). Szczepienia do 31.12.2022 r. - zgodnie z umową.

**12.** Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert na realizację Programu.

**13.** Oświadczam, że świadczenia finansowane z budżetu Gminy nie będą/będą\* finansowane również z innych źródeł i nie będą/będą\* wchodzić w kolizję ze świadczeniami finansowanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia.

**14.** Realizacja Programu rozpocznie się najpóźniej w terminie – od dnia zawarcia umowy
i zakończy się do dnia 31 grudnia 2022 r.

**15.** Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….......................................... ……………………………………………

Miejscowość, data imię, nazwisko i podpis Oferenta

lub osoby (osób) występującej(ych)
w imieniu Oferenta

**Uwaga:**

Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez Oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e)
do reprezentowania Oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

\* niewłaściwe skreślić

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty/oświadczenia jako załączniki do Formularza ofertowego:**

1. dokumenty rejestrowe: odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących działalność Leczniczą oraz wypis
z Krajowego Rejestru Sądowego, wystawiony po ostatniej zmianie w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez Oferenta;

**2)** statut lub akt założycielski lub regulamin organizacyjny Oferenta;

**3)** dokument potwierdzający ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą ważne na cały okres realizacji zadania;

**4)** oświadczenie o dysponowaniu przez Oferenta kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń określonych w ogłoszeniu konkursowym;

**5)** potwierdzenie posiadania tytułu prawnego do dysponowania lokalem, w którym realizowany będzie Program (na cały okres realizacji zadania), w postaci stosownego dokumentu lub stosownego oświadczenia wraz
z oświadczeniem Oferenta o spełnieniu wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia
i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r. poz. 595);

**6)** dokumentacja dotycząca rejestracji i dopuszczenia do obrotu oferowanej szczepionki na terenie Polski (kserokopia);

**7)** Charakterystyka Produktu Leczniczego udostępniana przez producenta szczepionki.