**FORMULARZ OFERTOWY**

**realizacji szczepień profilaktycznych w ramach Programu Szczepień Profilaktycznych przeciwko Grypie dla osób 65+ z terenu Miasta i Gminy Myślibórz na lata 2019 - 2021**

**I. DANE OFERENTA**

**1. Oferent (pełna nazwa):**

|  |
| --- |
|  |

**2. Dokładny adres (adres siedziby oraz adres do korespondencji):**

|  |
| --- |
|  |

**3. Inne dodatkowe dane kontaktowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr telefonu: | Adres e-mail: | Faks: |

**4. NIP i REGON:**

|  |  |
| --- | --- |
| NIP: | REGON: |

**5. Dokument dotyczący statusu prawnego oferenta:**

(nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. do KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność)

|  |
| --- |
|  |

**6. Informacja dotycząca wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**

|  |
| --- |
| Numer księgi rejestrowej: |
| Nazwa organu prowadzącego rejestr: |
| Data wpisu podmiotu leczniczego do rejestru: |
| Wykaz jednostek organizacyjnych wpisanych do Działu II Księgi Rejestrowej, w których udzielane będą świadczenia w ramach realizacji przedmiotu konkursu(w przypadku większej liczby jednostek istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy) |
| Lp. z księgi rejestrowej | Nazwa jednostki organizacyjnej | Adres jednostki organizacyjnej |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**7. Numer rachunku bankowego:**

|  |
| --- |
|  |

**8. Osoba(-y) upoważniona(-e) do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu, w tym do podpisania umowy:**

(imię, nazwisko, stanowisko)

|  |
| --- |
|  |

**9. Koordynator – osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji przedmiotu konkursu:** (nazwisko i imię, stanowisko, nr telefonu, adres e-mail)

|  |
| --- |
|  |

**II. SZCZEGÓŁOWY ZAKRES RZECZOWY ORAZ KALKULACJA KOSZTÓW**

**1. Opis planowanych działań informacyjno-promocyjnych:**

(należy podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi działania informacyjno-promocyjne w celu jak najpełniejszej realizacji przedmiotu konkursu oraz skutecznego dotarcia do potencjalnych adresatów Programu)

|  |
| --- |
|  |

**2. Dostępność do świadczeń:**

(należy wskazać miejsca oraz przewidywane dni i godziny, w których wykonywane będą szczepienia poprzedzone badaniem lekarskim – tabela poglądowa, istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Miejsce udzielania świadczeń | Dni i godziny udzielania świadczeń |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. Zasoby kadrowe przewidziane do zaangażowania przy realizacji przedmiotu konkursu:**

(tabela poglądowa, istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Specjalizacje, kwalifikacje | Zakres obowiązków w ramach realizacji przedmiotu konkursu |
|    |    |    |    |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**4. Informacje o szczepionce, w tym: zgodność techniczna szczepionki warunkująca dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski:**

|  |
| --- |
|  |

**5. Liczba osób zamieszkałych na terenie miasta i gminy Myślibórz wpisanych na aktywną listę świadczeniobiorców oferenta:**

|  |
| --- |
| Liczba osób powyżej 65 roku życia z aktywnej listy świadczeniobiorców oferenta w podziale na miejsce/gminę zamieszkania |
| Miasto Myślibórz  |  |
| Gmina Myślibórz |  |

**6. Przewidywana zgłaszalność do programu szczepień ochronnych:**

(należy oszacować liczbę osób powyżej 65 roku życia z aktywnej listy świadczeniobiorców oferenta, które prawdopodobnie przystąpią do programu szczepień ochronnych)

|  |  |
| --- | --- |
| Przewidywana liczba osób powyżej 65 roku życia, które przystąpią do programu szczepień ochronnych |  |

**7. Harmonogram realizacji przedmiotu konkursu:**

(tabela poglądowa – w przypadku większej liczby działań należy dodać kolejne wiersze)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa działania | Planowany termin realizacji | Bezpośredni realizator(oferent/podwykonawca) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**8. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji przedmiotu konkursu:**

(wszystkie koszty związane z zaszczepieniem, w tym m.in. koszty działań organizacyjnych, informacyjno-promocyjnych, zakupu szczepionki, badania lekarskiego, zaszczepienia)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Wartość |
| 1. | Cena jednostkowa podania dawki szczepienia | zł |
| **2.** | **Koszt zaszczepienia jednej osoby** | **zł** |
| 3. | Całkowity koszt realizacji przedmiotu konkursu przy 100 % zgłaszalności  | zł |
| 4. | Koszt realizacji przedmiotu konkursu przy przewidywanej zgłaszalności (koszt zaszczepienia 1 osoby)  | zł |

**III. INNE INFORMACJE**

**1. Informacje na temat doświadczenia oferenta w realizacji programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych, w tym we współpracy z administracją publiczną:**

|  |
| --- |
|  |

**2. Inne informacja, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty, w tym odnoszące się do kalkulacji przewidywanych kosztów realizacji przedmiotu konkursu.**

|  |
| --- |
|  |

**IV. OŚWIADCZENIA OFERENTA**

Przystępując do konkursu Oferent oświadcza, że:

1. Jest podmiotem leczniczym posiadającym aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Posiada aktywną listę zamieszkałych na terenie miasta i gminy Myślibórz osób powyżej 65 roku życia.
3. Dysponuje personelem medycznym o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach oraz posiada sprzęt niezbędny do prawidłowego wykonania świadczeń zdrowotnych i odpowiadający wymaganiom określonym w odrębnych przepisach.[[1]](#footnote-1)
4. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Miasta Myśliborza o prowadzonym postępowaniu konkursowym na wybór realizatorów szczepień profilaktycznych przeciw grypie w ramach Programu Szczepień Profilaktycznych przeciwko Grypie dla osób 65+ z terenu Miasta i Gminy Myślibórz na lata 2019 - 2021 przyjętego uchwałą Nr XLVIII/433/2018 Rady Miejskiej w Myśliborzu z dnia 28 sierpnia 2018 roku.
5. Udzielanie świadczeń w ramach Programu nie ograniczy dostępu do świadczeń finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.
6. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
7. Przez cały okres realizacji przedmiotu konkursu zobowiązuje się do:
8. zatrudnienia przy realizacji przedmiotu zamówienia osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach i zgodnych z założeniami Programu;
9. zabezpieczenia dostępu do sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadającej wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
10. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
11. utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu (dotyczy oferenta i ewentualnych podwykonawców).
12. W zakresie związanym z konkursem, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.
13. Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (*klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań*), oświadczam(my), że Oferent jest jedynym posiadaczem rachunku, na który będą przekazane środki przeznaczone na realizację zadania i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
14. Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (*klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań*), oświadczam(my), że kwota przyznanych środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
15. Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (*klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań*), oświadczam(my), że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
16. Oferent jest związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania oferty.

Data: ……………………………………… ………………………………………………………………………………

Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta

**Wykaz wymaganych załączników:**

1. dokument poświadczający formę prawną prowadzenia działalności – **o ile nie wynika ona z Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**;
2. upoważnienie do działania w imieniu oferenta – **jeżeli to wynika ze sposobu reprezentacji podmiotu oraz w przypadku, gdy ofertę podpisała/podpisały osoba/osoby inne niż umocowane do reprezentacji zgodnie z rejestrem**;
3. złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe – **składane odrębnie przez każdą osobę upoważnioną do podpisania oferty konkursowej**;
4. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu – **dotyczy oferenta i ewentualnych podwykonawców**;
5. dokumentacja dotyczącą szczepionki – charakterystyka produktu leczniczego;
6. inne dokumenty, oświadczenia oraz informacje mogące mieć, zdaniem oferenta, wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty, w tym dokumentację potwierdzającą doświadczenie oferenta w realizacji programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych.
1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.); Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 z późn. zm.); Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 211 z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739). [↑](#footnote-ref-1)