**Załącznik nr 1**do ogłoszenia

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

(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU DOTYCZĄCEGO

SZCZEPIEŃ PRZECIWKO ZAKAŻENIOM WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO ( HPV) W MIESCIE I GMNIE PIASECZNO.

|  |
| --- |
| **I. DANE O OFERENCIE** |
| 1 | PEŁNA NAZWA OFERENTA |  |
| 2 | ADRES SIEDZIBY OFERENTA (miejscowość, ulica, nr lokalu, kod pocztowy) |  |
| 3 | Tel. ………………………………………… Fax. ……………………………………..e-mail ………………………………………http:// …………………………………… |
| 4 | STATUS PRAWNY OFERENTA |  |
| 5 | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |
| 6 | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowegolub ewidencji działalności gospodarczej |  |
| 7 | NIP |  |
| 8 | REGON |  |
| 9 | NAZWA BANKUI NR RACHUNKU |  |
| 10 | KIEROWNIK PODMIOTULECZNICZEGO (imię, nazwisko, nr telefonu, e-mail) |  |
| 11 | OSOBA ODPOWIEDZIALNAZA REALIZACJĘPROGRAMU(imię, nazwisko, nr telefonu, e-mail) |  |
| 12 | OSOBA ODPOWIEDZIALNAZA FINANSOWE ROZLICZENIEPROGRAMU(imię, nazwisko, nr telefonu, e-mail) |  |
| 13 | Nr telefonu wyznaczony do realizacji programu |  |

**II. ZASOBY KADROWE OFERENTA** *(personel medyczny przewidziany do realizacji zadania)*

**A. Lekarze**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe***(tytuł zawodowy, specjalizacja)* załączyć ksero dokumentu | **Posiadane doświadczenie zawodowe** (staż pracy w zawodzie) | **Zakres zadań w ramach programu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**B. Pielęgniarki** *(ewentualnie inny personel medyczny uprawniony do wykonywania szczepień)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe***(tytuł zawodowy, specjalizacje, kursy w zakresie szczepień ochronnych)* załączyć ksero dokumentu | **Posiadane doświadczenie zawodowe** *(staż pracy w zawodzie)* | **Zakres zadań w ramach programu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**III. Informacje o preparacie farmaceutycznym, który będzie zastosowany do szczepień**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szczepionki planowanej do użycia w realizacji programu ……………………………………………………………………………** | **Rok produkcji****………………** |
| **Data rejestracji preparatu****………………** |

**IV. Kalkulacja kosztów zamówienia**

**a) Cena jednostkowa**

Proponowany koszt jednej dawki szczepienia (w pełnych złotych) za realizację zamówienia wraz z kalkulacją elementów należności.

|  |  |
| --- | --- |
| **Elementy należności** | **Koszt jednostkowy** |
| Koszt jednej dawki szczepionki |  |
| Realizacja szczepień, w tym |  |
| 1. badanie lekarskie
 |  |
| 1. wykonanie szczepienia
 |  |
| * utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów
 |  |
| Inne koszty zamówienia w tym:1. kampanii edukacyjno -informacyjnej
2. administracyjno-biurowe
 |  |
| Razem zł  |  |
| Słownie |  |

**b)Liczba szczepień**

|  |
| --- |
| Łączna liczba szczepień, którą oferent planuje wykonać w ramach Programu: |
| w 2017 roku |  |
| w 2018 roku |  |

**c)Koszt całkowity**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Łączna liczba szczepień | Jednostkowa cena szczepionki (zł brutto) | Całkowity koszt szczepień(zł brutto)  |
| 2017 r. |  |  |  |
| 2018 r. |  |  |  |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu .

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

**V. Informacja o dotychczasowym doświadczeniu** w realizacji zadań podobnego rodzaju ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną.

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

**VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**1) Sposób dotarcia z informacją o programie****do rodziców /opiekunów dzieci spełniających kryteria włączenia do programu oraz sposób rekrutacji dzieci do Programu** *(należy wymienić planowane działania)*

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

…………………………………………………………………………………………………

**2) Harmonogram planowanych działań z podaniem terminów ich rozpoczęcia**

 **i zakończenia** *(termin zakończenia realizacji zadania musi być zgodny z podanym*

 *w Ogłoszeniu konkursu ofert)*

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

**Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym**

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

 (pieczęć podmiotu leczniczego)

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

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

**Załączniki do oferty:**

* Dokumenty wymagane od oferentów:(potwierdzone za zgodność z oryginałem)
1. kopia wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej,
2. kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, rejestr wojewody właściwego dla siedziby,
3. kopia polisy OC w zakresie przedmiotu postępowania,
4. kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji świadczeń w zakresie objętym przedmiotem konkursu (między innymi kopie dyplomu oraz prawa wykonywania zawodu).
* Wymagane oświadczenia wg wzoru stanowiącego **Załącznik Nr 2 do Ogłoszenia.**
* Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta,
* Inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem Oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.……..…………………………………………