………………………………………………….

/nazwa i adres oferenta/

……., dn. ……………………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na wybór realizatora Programu Polityki Zdrowotnej dla Miasta Sejny pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Sejny”**

**I. Dane oferenta:**

Pełna nazwa:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Adres:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Telefon/fax:

…………………………………………………………………………………………………

e-mail:

…………………………………………………………………………………………………

NIP/ REGON

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa banku:

………………………………………………………………………………………………

Nr konta:

…………………………………………………………………………………………………

Kierownik placówki:

…………………………………………………………………………………………………

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń (opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu, w których będzie realizowane zadanie):**

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

**III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenie zdrowotne (wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych):**

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

**IV. Plan rzeczowo-finansowy:**

1.Szczepienia przeciwko rakowi szyjki macicy szczepionką o nazwie:

…………………………………………………………………………………………………

a) kwota brutto za jedną dawkę szczepionki: …………………………………..

(*słownie:*………………………………………………………………………………… brutto)

b) kwota brutto za podanie jednej dawki szczepionki (tj. cena szczepionki + cena usługi obejmująca: badanie kwalifikacyjne lekarskie)…………………………………………

(*słownie*: …………………………………………………………………………..……. brutto)

c) kwota brutto za wykonanie wszystkich szczepień w ilości szacunkowej, tj. 49 osób x podanie 2 dawek szczepionki: …………………………

(*słownie*: ………………………………………………………………………….……. brutto)

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1.Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatoraProgramu Polityki Zdrowotnej dla Miasta Sejny pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Sejny” na lata 2021 – 2023.

2. Zapoznał się z treścią Uchwały XXX/221/21 w sprawie przyjęcia do Programu Polityki zdrowotnej dla Miasta Sejny pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) w Mieście Sejny” na lata 2021 - 2023.

3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnych i faktycznym.

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

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej) reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć:

- odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

- odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,

- zaświadczenie o nr NIP,

- zaświadczenie o nr REGON,

- oświadczenie oferenta o nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielonych w programie świadczeń zdrowotnych,

- kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z działaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.),

- inne informacje, które oferent chce przedstawić.