Załącznik nr 2

 do Zarządzenia nr 114/2015

 Burmistrza Zbąszynka z dnia 29 grudnia 2015 r.

…………………………………
 (pieczęć oferenta)

**Formularz oferty na realizację gminnego programu profilaktyki raka szyjki macicy - szczepienia HPV
w Gminie Zbąszynek w 2016 roku**

1. **Dane o Oferencie:**
2. Pełna nazwa:

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

1. Adres …………………………………………………………………………………………………..……………………………….…………..
tel. …………….………………………… fax …………………………….…………. E-mail …………………………….…….……..…...
2. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru sądowego (proszę załączyć aktualne wyciągi z rejestrów):
……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………
3. NIP; ……………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…...
4. Regon ………………………………………………………………………………………………………………………….…….................
5. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię i nazwisko, nr telefonu kontaktowego):
…………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….…..
6. **Posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe zapewniające realizację programu:**
7. Personel medyczny i pomocniczy zatrudniony przy realizacji programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Rola w realizacji programu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Warunki lokalowe tj. miejsce wykonywania szczepień (dokładny adres):

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

1. **Kalkulacja kosztów realizacji programu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie świadczenia | Planowana liczba dziewczynek z rocznika 2004 w Gminie Zbąszynek podlegających szczepieniom | Liczba szczepień dla 1 dziewczynki | Cena za podanie 1 szczepionki (brutto w zł) | Wartość świadczenia |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=(2x3x4) |
| Szczepienia dziewczynek przeciwko HPV wraz z akcją edukacyjno-informacyjną | 45 | 3 |  |  |

Słownie złotych (brutto) …………………………………………………………………………….……

1. **Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji
i nazwę programu)**

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

1. **Dodatkowe informacje o realizacji programu mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty (** np. doświadczenie oferenta dotyczące realizacji programów profilaktycznych w zakresie objętym przedmiotem konkursu, zdolność organizacyjna sprawnego przeprowadzenia trzykrotnych szczepień, informację o kwalifikacjach personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu, propozycję działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących zapobiegania nowotworom szyjki macicy)**:**

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

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Zbąszynka o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programu,
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3. Przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
4. Zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
5. Zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
6. Udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
7. Utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego,
8. Zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych).

 ……………………………………………………………………..

 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej

 do reprezentowania oferenta)

Załączniki:

1. Kopia aktualnego wypisu z rejestru
2. Kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
3. Inne informacje, które oferent chce przedstawić ( np. rekomendacje, dotychczasowe osiągnięcia, dokumentacja prasowa dot. działalności itp.)