

.....  
(pieczęć oferenta)

**FORMULARZ OFERTY**  
**na realizację programu wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku wśród uczniów klas I szkół**  
**podstawowych Gminy Zbąszynek w 2020 r.**

**I. Dane o Oferencie:**

Lp.	treść	
1	Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o zamówienie	
2	Adres siedziby	
3	Nr telefonu	
4	Nr faxu	
5	e-maill	
6	Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru sądowego (proszę załączyć aktualne wyciągi z rejestrów):	
7	NIP	
8	Regon	
9	Nr konta bankowego	
10	Kierownik zakładu	
11	Osoba odpowiedzialna za realizację programu /imię i nazwisko nr telefonu/	
12	Osoba upoważniona do podpisania umowy /imię i nazwisko, nr telefonu/	
13	Miejsce realizacji zadania	

**I. Posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe zapewniające realizację programu:**

1. Personel medyczny i pomocniczy zatrudniony przy realizacji programu:

Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji programu

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

.....  
.....

## II. Kalkulacja kosztów realizacji programu

Wyszczególnienie świadczenia	Planowana liczba dzieci podlegających badaniu	Cena jednostkowa za badanie (brutto w zł)	Wartość świadczenia
1	2	3	4=(2x3)
Badanie lekarskie wraz z wywiadem i informacją dla rodziców/opiekunów - <b>słuchu</b>	99		
Badanie lekarskie wraz z wywiadem i informacją dla rodziców/opiekunów - <b>wzroku</b>	99		
Spotkanie edukacyjne dla rodziców	Koszt jednego spotkania		

Słownie złotych (brutto) .....

## III. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu)

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

## IV. 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 badań, informację o kwalifikacjach personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu):

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

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Zbąszynka o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programu,
2. Posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem zamówienia,
3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
4. Przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
  - a) zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,

- c) 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,
- d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego,
- e) 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 pieczęć 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.)