

FORMULARZ OFERTY

Zadanie 1 /Zadanie 2

Dotyczy realizatora programu polityki zdrowotnej **szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia**

I. DANE OFERENTA

1. Nazwa i siedziba podmiotu działalności leczniczej:

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

2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

3. Numer NIP:.....

4. Numer REGON:.....

5. Nazwa banku i numer konta banku:.....

6. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą:.....

7. Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię , nazwisko ,nr tel.).....

8. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie umowy(imię, nazwisko, nr tel.).....

9. Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię , nazwisko,nr tel.).....

II. WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE W SPRZĘT DO REALIZACJI ZADANIA

1. Pomieszczenia:

	Liczba	TAK *	NIE*
Pomieszczenia do wykonania szczepień			

Wydzielona rejestracja

Gabinet lekarski

*Zaznacz właściwe

2. Aparatura i sprzęt medyczny:

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

III. KWALIFIKACJE OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROGRAMIE

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe

IV. KALKULACJA KOSZTÓW

Stawki powinny być podane w kwotach brutto

Ilość osób do zaszczepienia -

1.	Cena jednostkowa usługi za podanie szczepionki (t., koszt szczepionki, koszt badania lekarskiego kwalifikującego do szczepień, koszt materiałów jednorazowego użytku, Koszt wynagrodzeń dla personelu itp.)	Kwota brutto
2.	Całkowity koszt wszystkich szczepień (liczba osób do zaszczepienia x cena szczepienia dla 1 osoby)	Kwota brutto

V. INFORMACJE O UŻYTEJ SZCZEPIONCE

Nazwa:.....
.....

Rok produkcji:
.....

Nazwa producenta szczepionki:
.....

VI . PODPISY OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA

.....

.....

Załączniki-7:

1. Oświadczenie o którym mowa w § 7 pkt 1 Regulaminu organizowania konkursu ofert na wybór w 2019 roku realizatora programu polityki zdrowotnej **szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia** .
2. Kserokopia aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Kserokopia aktualnego wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu.
4. Kserokopia statutu podmiotu działalności leczniczej.
5. Kserokopia zaświadczenia o nr NIP,
6. Kserokopia zaświadczenia o nr REGON.
7. Kserokopia polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

.....
miejsowość

.....
data

pieczętka oferenta

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam ,że zapoznałem/lam się z treścią ogłoszenia Wójta Gminy Niechanowo o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej **szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku** życia oraz Regulaminem organizowania konkursu ofert.
2. Oświadczam,że

.....
(nazwa oferenta)

realizuje w 2022 roku świadczenia zdrowotne na podstawie umowy nr,

z dnia podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Oświadczam ,że wszystkie oferowane produkty użyte do szczepień będą miały aktualny termin ważności.
4. Oświadczam , że oferowane szczepionki przeciwko grypie posiadają ważne pozwolenie na dopuszczenie ich do obrotu na terenie RP lub pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską zgodnie z art.3 ust. 1 i ust. 2 z dnia 06.września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. Poz. 2211 ze zm.).
5. Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 kk) oświadczam ,ze dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

.....
(podpis oferenta / osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)