# Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 108/2022

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 23 marca 2022 r.

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

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

### FORMULARZ OFERTOWY

program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) Miasta Włocławek” w 2022 r.

***I. Dane dotyczące Oferenta***

1. Pełna nazwa Oferenta:
2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:
3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
4. Nr identyfikacyjny NIP:
5. Nr identyfikacyjny Regon:
6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :
7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:
8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:
9. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych i podejmujący działania w ramach programu:

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem):

Pielęgniarka/położna (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem):

Osoba prowadząca działalność edukacyjno-informacyjną (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem):

1. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych i wyposażenia punktu szczepień):
2. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu:

***II. Informacje o programie***

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:
2. Planowana liczba uczestników programu (w tym wskazanie np. szkół, rejonu, osiedla):
3. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny wykonywania szczepień, sposoby rejestracji uczestników programu, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym udziału w programie:

***III. Plan finansowy – preliminarz kosztów***

1. Wykonanie szczepienia ochronnego szczepionką 9 - walentną (1 dawka), w tym: przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego, wykonanie szczepienia, wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych (m.in. dokonanie wpisu w książeczce zdrowia oraz karcie uodpornienia dziecka), czynności organizacyjno – administracyjno -techniczne i inne koszty (np. utylizacji): Liczba jednostek, Rodzaj miary, Koszt jednostkowy (cena brutto w zł), Wartość (kwota brutto w zł)
2. **Planowany koszt całkowity realizacji programu – kwota brutto w zł:**

słownie:

***IV. Informacje dodatkowe.***

1. Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym szczególnie w zakresie szczepień ochronnych (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) Miasta Włocławek” stanowiącego załącznik do Uchwały Nr VIII/55/2019 Rady Miasta Włocławek a dnia 9 kwietnia 2019 r.
2. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Włocławek,
3. zapoznał się z wzorem i zaakceptował warunki umowy,
4. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

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

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
2. upoważnienie do podpisania oferty o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta,
3. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
4. oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego
5. oświadczenie, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
6. oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców,
7. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.