

.....
(Pieczęć oferenta)

.....
(Miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

na wybór realizatora Programu zdrowotnego „Profilaktyka raka szyjki macicy i innych chorób wywoływanych przez zakażenie wirusem HPV dla Miasta Mińsk Mazowiecki na lata 2015-2017” w 2015 roku.

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa:

.....
.....

Adres (wraz z kodem pocztowym):

.....

Tel. fax.:

e-mail: http://

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:

.....

Oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

.....

NIP

REGON

Nazwa banku

Nr konta

Kierownik placówki: (Nazwisko i imię, nr telefonu):

.....

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

.....

.....

.....

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, nr telefonu)

.....

.....

II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności, w których będzie realizowane zadanie:

III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych

IV. Plan rzeczowo-finansowy

1. Szczepienia przeciwko rakowi szyjki macicy, pochwy, sromu, odbytnicy i brodawkom płciowym.

Dziewczęta - urodzone w 2002 roku, zameldowane na pobyt stały lub czasowy na terenie miasta Mińsk Mazowiecki (planowane 154 osoby)

Nazwa szczepionki

- a) Kwota brutto za wykonanie szczepień (wszystkie dawki) u jednej osoby (tj. cena szczepionki + cena usługi obejmująca: kwalifikacyjne badania lekarskie, koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, dojazd itp.):
(słownie:)

- b) Kwota brutto za wykonanie szczepień (jedna dawka) u jednej osoby
(słownie:)
- c) Kwota brutto za wykonanie wszystkich szczepień tj. 154 osób x koszt szczepienia :
.....
(słownie:)

2. Przeprowadzenie:

- 1) kampanii informacyjno – edukacyjnej tj. opracowanie i dystrybucję wśród beneficjentów Programu (chłopców, dziewcząt z rocznika objętego szczepieniem tj. urodzonych w 2002 roku oraz ich rodziców) materiałów informacyjnych, w formie ulotki bądź broszury o zalecanych szczepieniach ochronnych, wskazujących na skuteczność szczepionki oraz zawierających elementy materiału edukacyjnego z zakresu czynników ryzyka zakażeń i zachorowań na raka szyjki macicy (mińskie szkoły podstawowe i gimnazja miejskie, ośrodki zdrowia, strona internetowa i siedziba Urzędu Miasta oraz prasa lokalna);
- 2) kampanii informacyjno – edukacyjnej wśród matek dziewcząt objętych Programem nt. zwrócenia szczególnej uwagi na znaczenie badań cytologicznych;
- 3) testu wśród młodzieży przed kampanią informacyjno – edukacyjną, o której mowa w pkt 2 ust 1 i na koniec Programu z wiedzy nt. raka szyjki macicy i innych chorób wywołanych przez wirusa HPV;
- 4) uzyskanie zgody rodzica/przedstawiciela ustawowego na przeprowadzenie szczepień.

3. Kwota brutto za przeprowadzenie pełnej kampanii informacyjno-edukacyjnej

.....
(słownie:)

4. Całkowity koszt realizacji programu brutto (pkt 1c+2)
(słownie:)

V. Sposób organizacji i miejsce przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców i uczniów:

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

VI. Proponowany czas trwania umowy:

VII. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:

Miejsce/a udzielania świadczeń (dokładny adres)

.....
.....

Terminy udzielania świadczeń:

.....
.....

Sposób rejestracji pacjentów:

Osobiście (adres, godziny)

.....
Telefonicznie (numer, godziny)

.....
.....

Sposób zawiadamiania o konieczności zgłaszania się na szczepienie:

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

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora Programu zdrowotnego „Profilaktyki raka szyjki macicy i innych chorób wywoływanych przez zakażenie wirusem HPV dla Miasta Mińsk Mazowiecki na lata 2015-2017” w 2015 roku tj. przeprowadzenie szczepień profilaktycznych i kampanii informacyjno-edukacyjnej, wzorem umowy, regulaminem konkursu oraz wzorem sprawozdania.
2. Zapoznał się z treścią Uchwały Nr IV.44.2015 Rady Miasta Mińsk Mazowiecki z dnia 23 marca 2015 roku w sprawie przyjęcia Programu zdrowotnego „Profilaktyka raka szyjki macicy i innych chorób wywoływanych przez zakażenie wirusem HPV dla Miasta Mińsk Mazowiecki na lata 2015-2017”.
3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć:

- Załącznik nr 1
 - 1) Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - 2) Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego
 - 3) Zaświadczenie o nr NIP
 - 4) Zaświadczenie REGON
 - 5) Oświadczenie oferenta o nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielonych w programie świadczeń zdrowotnych
- Załącznik 2

Kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej,
- Załącznik nr 3

Inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. informacje prasowe o działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje - według uznania oferenta).