

Kraków, dnia

(pieczęć oferenta)

Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

**Program szczepień przeciwko odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych dla mieszkańców
Dzielnicy I**

Nazwa oferenta (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):

Organ dokonujący wpisu:

Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

Adres siedziby oferenta (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):

NIP :

REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:

Sposób rozliczenia – (faktura VAT/Rachunek):

Adres miejsca (gabinetu), w którym będzie realizowany Program:

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentacji oferenta)

Kraków, dnia.....

.....
(pieczęć oferenta)

Formularz Oferty - oświadczenia oferenta

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program szczepień przeciwko odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych dla mieszkańców Dzielnicy I

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych w tym warunkami umowy w szczególności w zakresie sposobu przekazywania i rozliczania środków publicznych (§ 6 i § 7 umowy) i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158).
3. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

LP	Imię i Nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, data zatrudnienia u oferenta)
1		
2		
3		

4. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi konieczne określone w pkt. IV Warunków Konkursu.
5. Oświadczam, że nie zalegam z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków.
6. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną (nazwa, wiek): *(Uwaga: wypełniać tylko w przypadku konieczności stosowania w programie sprzętu specjalistycznego w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”).*

-
.....
7. Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty w na życzenie Udzielającego zamówienie dostarczę lub udostępnię w trakcie kontroli realizowanej na miejscu wykonywania usług aktualne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa wyżej do tzn:
 - 1) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
 - 2) wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich/pielęgniarskich (w zależności od formy prowadzonej działalności);
 - 3) statut (jeśli oferent taki posiada);
 - 4) zaświadczenie o nr NIP;
 - 5) zaświadczenie o nr REGON;
 - 6) decyzję Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przedmiocie spełnienia wymogów sanitarnych;
 - 7) dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego mającego realizować program;
 - 8) dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane);
 - 9) polisę odpowiedzialności cywilnej.

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w oświadczeniu oferenta dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentacji oferenta)

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program szczepień przeciwko odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych dla mieszkańców Dzielnicy I

Miejsce realizacji Programu (nazwa Przyjmującego zamówienie i dokładny adres gabinetu, w którym realizowany będzie Program

Opis Programu: Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

- 1) konsultacji lekarskiej potwierdzającej zdolność do wykonania szczepienia (każdorazowo przed szczepieniem),
- 2) wykonaniu szczepienia przeciwko odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych.

Czas realizacji Programu:

od dnia do dnia roku w tym:

- od dnia do dnia wyłącznie dla mieszkańców Dzielnicy I
- w przypadku niewykorzystania wszystkich środków finansowych od dnia **20 października** br. dla mieszkańców Miasta Krakowa.

Telefoniczna rejestracja i informacja pacjentów:

czynna od do Nr tel. 12 w godz. od do

Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:

pacjenci będą przyjmowani od do w godz. od do

Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie (nr telefonu, e-mail):

Wysokość środków publicznych płatnych za jednostkowe świadczenia realizowane w ramach Programu, wyliczone wg wzoru $W^1 = K^1 \times P_0$,

gdzie: W^1 = wysokość środków publicznych (z budżetu Miasta Krakowa) za jednostkowe świadczenie

K^1 = całkowity koszt jednostkowego badania = tj. środki Miasta + inne, np. Oferenta

P_0 = współczynnik stosunku przychodów Oferenta uzyskanych w poprzednim roku obrotowym z tytułu wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych

Jedno badanie i jedno szczepienie pacjenta W^1 wynosi:zł brutto, współczynnik P_0 wynosi:

Wysokość środków publicznych otrzymanych na realizację Programu (wyliczona zgodnie ze wzorem określonym w art. 114 ust 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) wyniesie nie więcej niż zł brutto .

