

.....
(pieczęć oferenta)

Kraków, dnia

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Harmonogram i kosztorys na realizację programu szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Dzielnicy VI bez ograniczenia wiekowego

Czas realizacji programu: od 10 września 2010 do 10 grudnia 2010 roku.

- od 10 września do dnia 30 października 2010 roku wyłącznie dla mieszkańców Dzielnicy VI,
- w przypadku niewykorzystania wszystkich środków finansowych od 1 listopada do 10 grudnia 2010 roku dla mieszkańców Miasta Krakowa.

Opis programu: Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

- 1) konsultacji lekarskiej potwierdzającej zdolność do wykonania szczepienia (każdorazowo przed szczepieniem);
- 2) wykonania szczepienia przeciwko grypie.

Miejsce realizacji programu :

Informacja i rejestracja pacjentów: telefoniczna od do..... (dni rejestracji) pod numeremw godzinach od.....do..... Podczas rejestracji wyznaczona zostanie godzina przyjęcia pacjenta.

Terminy przyjęć pacjentów: pacjenci będą przyjmowani od do (dni przyjęć) w godzinach od do (co najmniej 3 razy w tygodniu badania będą odbywać się w godzinach popołudniowych nie krócej niż do godz. 18.00).

Koszt wykonania programu wynosi:

Koszt wykonania Programu dla jednego pacjenta wynosi zł brutto.

Planuje się objęcie Programempacjentów .

Całkowity koszt realizacji Programu wynosi.....zł brutto (zgodnie z kalkulacją: ilość badań i szczepień x cena jednego badania i szczepienia).

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta

.....
(pieczęć oferenta)

Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Dzielnicy VI bez ograniczenia wiekowego

Zarejestrowana nazwa oferenta (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):
.....
.....

Organ dokonujący wpisu:
.....

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk:
.....

Adres siedziby (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):
.....

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):
.....

Nazwa organu założycielskiego (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):
.....

Organ dokonujący wpisu:
.....

Numer wpisu organu założycielskiego do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:
.....

Adres siedziby (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:.....

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

Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty w terminie wskazanym przez Komisję Konkursową dostarczę dokumenty potwierdzające dane, o których mowa wyżej.

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta

Formularz Oferty - oświadczenia oferenta**Nazwa programu, na który składana jest oferta:****Program szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Dzielnicy VI bez ograniczenia wiekowego**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

2. Krótki opis gabinetów, w których realizowany będzie program:

.....

.....

.....

.....

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 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późn. zm) lub są objęte tzw. programem dostosowawczym wynikającym z przepisów wskazanego Rozporządzenia.

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		
5		

4. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania 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 - podać nazwę i 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 terminie wskazanym przez Komisję Konkursową dostarczę dokumenty potwierdzające dane, o których mowa wyżej wraz z dokumentami niezbędnymi do podpisania umowy 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). oświadczenie o sposobie rozliczenia (rachunek/faktura VAT);
- 10). polisę odpowiedzialności cywilnej oferenta;

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

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta