

.....  
(pieczęć oferenta)

Kraków, dnia .....

## Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

**Harmonogram i kosztorys na realizację programu szczepień programu szczepień przeciwko żółtacze (WZW B) dla mieszkańców Dzielnicy XV w wieku od 18 roku życia**

**Czas realizacji programu:** od 10 maja do dnia 20 października 2010 roku w tym:

- od 10 maja do dnia 31 sierpnia 2010 roku wyłącznie dla mieszkańców Dzielnicy XV,
- w przypadku niewykorzystania wszystkich środków finansowych od 1 września do 20 października br. dla mieszkańców Miasta Krakowa.

**Opis programu:** Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

- 1) konsultacji lekarskiej potwierdzającej zdolność do wykonania szczepienia (každorazowo przed szczepieniem),
- 2) wykonania szczepień przeciwko żółtacze tzw. (WZW B) - dwie dawki szczepionki, ewentualnie w przypadku konieczności wykonania wyłącznie dawki przypominającej jedna dawka.

**Miejsce realizacji programu :** .....

**Informacja i rejestracja pacjentów:** telefoniczna od ..... do..... (dni rejestracji) pod numerem .....w 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 jednego badania i szczepienia jedną dawką wynosi ..... zł brutto,**

**Całkowity koszt realizacji Programu wyniesie nie więcej niż ..... zł brutto.**

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

.....  
(pieczęć oferenta)

## Formularz Oferty – dane rejestrowe

### Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program szczepień programu szczepień przeciwko żółtaczce (WZW B) dla mieszkańców Dzielnicy XV w wieku od 18 roku życia.

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

Kraków, dnia .....

.....  
(pieczęć oferenta)

## Formularz Oferty - oświadczenia oferenta

### Nazwa programu, na który składana jest oferta:

**Program szczepień programu szczepień przeciwko żółtaczce (WZW B) dla mieszkańców Dzielnicy XV w wieku od 18 roku życia.**

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 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 - 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 aktualne 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