

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru podmiotu realizującego w 2015 roku „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Mielnik na lata 2015–2020”, obejmującego szczepienie dziewcząt urodzonych w 2001 r. (pełen cykl szczepień) oraz w 2000 r. (trzecia dawka szczepienia) zamieszkałych i zameldowanych na pobyt stały na terenie Gminy Mielnik oraz edukację zdrowotną dziewcząt i chłopców z rocznika 2001 oraz ich rodziców/opiekunów.

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Urząd Gminy Mielnik)	
I. DANE OFERENTA:		
Nazwa oferenta		
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy	(stacjonarny)	(komórkowy)
Fax.		
e-mail		
Numer konta bankowego		
Adres miejsca, w którym planuje się realizację Programu		
Do formularza ofertowego należy dołączyć:	Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk	
	Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
	Statut (jeśli oferenta taki posiada)	
	Zaświadczenie o nr NIP	
	Zaświadczenie o nr REGON	
	Polisa bądź zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej	
Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nich za realizację programu		
Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu polityki zdrowotnej, jej tel., fax, e-mail.		

Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program (opis).	
--	--

II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej:

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje i certyfikaty	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
1.			
2.			
3.			
4.			

III. Informację o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej:

1. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie.	
2. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do Internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych.	

IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:	
1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej (adres, nr tel./fax.): szczepień, edukacji zdrowotnej	
2. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 1 raz w tygodniu, w tym 1 raz co najmniej do godziny 17:00)	
3. Skrócony opis sposobu, w jaki oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję edukacyjno-informacyjną skierowaną do adresatów programu.	
V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej:	
1. Nazwa szczepionki przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego HPV typu 6,11,16,18.	
2. Cena jednostkowa brutto za wykonanie jednego szczepienia (podania jednej dawki szczepionki dla jednej dziewczynki) wraz z usługą (PLN/brutto), w tym: koszt zakupu szczepionki, koszt kwalifikacyjnego badania lekarskiego, koszt wykonania iniekcji, utyliczacja zużytych materiałów i sprzętu medycznego, inne koszty – np. prowadzenie dokumentacji medycznej, obsługa administracyjno-księgowa, koszt druku zaproszeń-deklaracji itp. – opisać szczegółowo jakie ? zł brutto (słownie:)
3. Cena jednostkowa za wykonanie cyklu szczepień dla jednej dziewczynki z rocznika 2001 (tj. pełny cykl, 3-krotne podanie szczepionki dla jednej dziewczynki) wraz z usługą jw. zł brutto (słownie:)
4. Cena jednostkowa za wykonanie szczepienia dla jednej dziewczynki z rocznika 2000 (trzecia dawka szczepionki) wraz z usługą jw. zł brutto (słownie:)
5. Cena jednostkowa (dla jednej osoby) za przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej w szkole (prelekcja nt.: zasadności profilaktyki szczepień przeciwko wirusowi HPV, profilaktyki raka szyjki macicy, ryzykownych zachowań oraz chorób przenoszonych drogą płciową itp. dla dziewcząt, chłopców i rodziców/opiekunów wg podanej propozycji – proszę opisać i przedstawić harmonogram kampanii, z uwzględnieniem wszystkich kosztów w przeliczeniu na jedną osobę. zł brutto (słownie:)
6. Liczba osób objętych programem: szczepienia edukacja zdrowotna	5 x 3 dawki (dziewczęta z 2001 r.) + 9 x 1 dawka (dziewczęta z 2000 r.) 39 osób
7. CENA (Całkowity koszt realizacji programu) (PLN/brutto):	

1) szczepienia (liczba dziewcząt z 2001 r. x cena pełnego cyklu szczepień, liczba dziewcząt z 2000r. x cena trzeciej dawki szczepionki)	
2) kampanii informacyjno-edukacyjnej (liczba osób objętych kampanią x cena jednostkowa)	
OGÓŁEM:	
..... zł brutto	
(słownie:)	

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, Regulaminem konkursu, projektem umowy oraz „Programem profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Mielnik na lata 2015–2020”, realizowanym przez Gminę Mielnik.

2. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w Regulaminie konkursu.

3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

4. Świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw zakażeniom brodawczaka ludzkiego HPV nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.

6. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:

- 1) zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
- 2) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
- 3) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
- 4) utrzymanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
- 5) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć przedstawiciela/-li oferenta
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załączniki wymagane do oferty

1. Opis sposobu realizacji zadania zgodnie z warunkami Regulaminu konkursu wraz z harmonogramem prac, wskazującym terminy, w których realizowany będzie program oraz opisem zawartości merytorycznej kampanii informacyjno – edukacyjnej (wg wzoru w zał. nr 1 do formularza ofertowego).

2. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.:Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydane.

3. Kopia odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

4. Polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

5. Statut oferenta.

6. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP.

7. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.

8. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli oferent takie posiada).

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.

HARMONOGRAM REALIZACJI SZCZEPIEŃ	
dziewczęta rocznik 2000	
termin podania III dawki szczepionki (miesiąc)	
dziewczęta rocznik 2001	
termin podania I dawki szczepionki (miesiąc)	
termin podania II dawki szczepionki (miesiąc)	
termin podania III dawki szczepionki (miesiąc)	
HARMONOGRAM REALIZACJI ORAZ OPIS SPOSOBU PRZEPROWADZENIA KAMPANII INFORMACYJNO - EDUKACYJNEJ	
sposób i termin przeprowadzenia kampanii informującej o programie, nośniki informacji <i>(minimum - zgodnie z opisem w Programie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Mielnik na lata 2015–2020)</i>	
sposób i termin przeprowadzenia kampanii edukacyjnej o programie <i>(minimum - zgodnie z opisem w Programie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Mielnik na lata 2015–2020)</i>	
treści merytoryczne planowane do przekazania odbiorcom w ramach kampanii edukacyjnej, materiały edukacyjne użyte do przeprowadzenia kampanii edukacyjnej, itp.	