

.....
/pieczęć Oferenta/

O F E R T A

NA WYBÓR REALIZATORA

„PROGRAMU SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH

DZIECI ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY TOSZEK

PRZECIWKO BAKTERIOM MENINGOKOKOWYM SEROGRUPY C

W ROKU 2017”

w trybie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn zm.)

I. DANE OFERENTA

1. NAZWA OFERENTA - PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

2. ADRES OFERENTA - PODMIOTU LECZNICZEGO

3. NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

4. NUMER WPISU DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

5. NUMER NIP I NUMER REGON

6. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO I NAZWA BANKU, NA KTÓRY BĘDĄ PRZELEWANE ŚRODKI FINANSOWE NA REALIZACJĘ PROGRAMU

7. DANE KONTAKTOWE (NUMER TELEFONU, FAKSU, ADRES E-MAIL, IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU - KOORDYNATORA PROGRAMU)

II. OPIS MOŻLIWOŚCI REALIZACJI PROGRAMU

1. INFORMACJA O PERSONELU REALIZUJĄCYM PROGRAM (PERSONEL MEDYCZNY I POZOSTAŁY - WYKAZ IMIENNY, LICZBA OSÓB, KWALIFIKACJE)

Lp.	Personel medyczny - kwalifikacje	Imię i nazwisko
1.	Lekarze pediatrzy	
2.	Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej z uprawnieniami do wykonywania szczepień	
3.	Osoby do obsługi organizacyjnej Programu odpowiedzialne za rejestrację pacjentów, prowadzenie bazy danych	
Miejsce na dodatkowe informacje		

2. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ZADAŃ PODOBNEGO RODZAJU (ZE WSKAZANIEM, KTÓRE Z TYCH ZADAŃ REALIZOWANE BYŁY WE WSPÓŁPRACY Z SAMORZĄDEM I LICZBA LAT/

--

3. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU (DNI TYGODNIA I GODZINY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ)

Lp.	Dostępność do świadczeń w ramach Programu	Należy wstawić „X” we właściwym polu
1.	co najmniej <u>3</u> razy w <u>tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
2.	co najmniej <u>4</u> razy w <u>tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
3.	co najmniej <u>5</u> razy w <u>tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
4.	co najmniej <u>6</u> razy w <u>tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
5.	co najmniej <u>2</u> razy w <u>godzinach popołudniowych</u> (co najmniej do godz. 17:00)	
Miejsce na dodatkowe informacje		

4. SPOSÓB REKRUTACJI UCZESTNIKÓW (RODZAJ DZIAŁAŃ)

5. SPOSÓB PRZEPROWADZENIA KAMPANII INFORMACYJNO-EDUKACYJNEJ (RODZAJ DZIAŁAŃ, LICZBA UCZESTNIKÓW)

6. MIEJSCE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ (DOKŁADNY ADRES)

7. WKŁAD RZECZOWY - WYPOSAŻENIE I SPRZĘT (INFORMACJA O GABINECIE ZABIEGOWYM POZWALAJĄCYM NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ ORAZ SZCZEPIEŃ W SPOSÓB NIE KOLIDUJĄCY Z BIEŻĄCĄ DZIAŁALNOŚCIĄ ZAKŁADU ORAZ PROGRAMIE KOMPUTEROWYM DO REJESTRACJI DANYCH)

8. LICZBA OSÓB Z AKTYWNEJ LISTY PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZROWOTNEJ OFERENTA W WIEKU SPEŁNIAJĄCYM KRYTERIA PROGRAMU

III. KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. KALKULACJA KOSZTÓW

1.	Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach Programu uwzględniająca zakres pkt V ogłoszenia o konkursie	 PLN
2.	Liczba dzieci odpowiadających warunkom niniejszego Programu <u>zadeklarowanych (zapisanych)</u> <u>do POZ w ramach NFZ</u> (tj. ilość dzieci z rocznika 2012)	 szt.
3.	Maksymalna deklarowana liczba świadczeń, jaką <u>Oferent może wykonać w ramach Programu</u> (ilość dzieci <u>z uwzględnieniem liczby dzieci zapisanych</u> także do lekarza pierwszego kontaktu <u>u innego świadczeniodawcy</u>)	 szt.
4.	Całkowity koszt brutto realizacji Programu (1 x 3)	 PLN słownie:

2. UWAGI MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY OCENIE KALKULACJI KOSZTÓW

[illegible]

50 60

IV. JEDNOCZEŚNIE OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią i warunkami ogłoszenia Burmistrza Toszka o konkursie ofert na wybór Realizatora „Programu szczepień profilaktycznych dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Toszek przeciwko bakteriom meningokokowym serogrupy C w roku 2017”, nie wnosi do nich zastrzeżeń, akceptuje zasady realizacji w/w Programu określone w warunkach konkursowych.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Przedmiot Programu mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów prawa.
4. Posiada niezbędne środki finansowe, lokalowe wraz z wyposażeniem spełniające wymogi obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie, a osoby realizujące świadczenia w ramach Programu legitymują się wymaganymi kwalifikacjami.
5. Posiada podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2017.
6. Przez cały okres realizacji Programu zobowiązuje się do:
 - 1) zatrudnienia przy realizacji Programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 2) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń,
 - 3) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - 4) utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez cały okres realizacji Programu,
 - 5) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach Programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń objętych Programem, wyposażenia, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

....., dnia
/miejscowość/ /data/

.....
/pieczęć i podpis osób(-y) upoważnionych(-ej)
do reprezentacji Oferenta lub pełnomocnika Oferenta/

Załączniki do oferty:

1. Aktualny odpis/wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę, wskazanego w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.).
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji informacji o działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert.

SEKRETARZ GMINY

mgr Dominika Gmińska

Zastępca Burmistrza
mgr Piotr Kante

n/c M. Pągalska
Poznań
Szanowny Panie