

FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU PROFILAKTYKI CHOROÓB NOWOTWOROWYCH  
REALIZOWANYCH POPRZEZ „SZCZEPIENIA OCHRONNE PRZECIWKO  
ZAKAŻENIU WIRUSEM HPV TYP 6,11,16,18,31,33,45,52,58” U DZIEWCZYNEK  
URODZONYCH W ROKU 2005, ZAMELDOWANYCH NA TERENIE MIASTA I  
GMINY WIĄZÓW (DO DNIA OGŁOSZENIA KONKURSU)

**1) Oferent (pełna nazwa):**

.....  
.....  
.....  
.....

**2) Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta:**

.....  
.....

**3) Numer wpisu do właściwego rejestru (proszę podać nazwę rejestru/wpisu oraz datę):**

.....  
.....

**4) Nazwisko i imię właściciela instytucji (telefon kontaktowy):**

.....  
.....

**5) Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6) Nazwa banku i nr konta bankowego:**

.....  
.....

**7) Charakterystyka działań, które będą podejmowane aby realizować program:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8) Imienny wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy, uzyskany stopień specjalizacji:**

.....

.....

.....

.....

.....

**9) Data rozpoczęcia i zakończenia programu:**

.....

.....

**10) Określenie miejsca realizacji programu:**

.....

.....

.....

.....

**11) Określenie warunków lokalowych (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 roku poz. 739):**

.....

.....

.....

.....

.....

**12) Określenie sposobu rejestracji pacjentów (telefonicznie, elektronicznie, osobiście):**

.....

.....

.....

.....

.....

**15) Proszę podać w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-edukacyjną skierowaną do adresatów programu:**

.....

.....

.....

.....

.....

**16) Szczegółowa kalkulacja kosztów:**

- 1) całkowity koszt za jedno szczepienie (2 dawki) wynosi ..... PLN brutto  
(słownie  
złotych:.....)  
(koszt ten obejmuje zakup szczepionki, koszt konsultacji medycznej, koszt szczepienia  
oraz inne koszty związane z realizacją zamówienia w tym kampania informacyjno-  
edukacyjna)
- 2) planowana ilość osób objętych programem .....,
- 3) planowany całkowity koszt realizacji zamówienia wynosi .....PLN brutto  
(słownie złotych:.....).

Oświadczam, iż cena ustalona i zawarta w umowie nie będzie podlegać zmianie.

**17) Wymagane kopie dokumentów składane przez oferenta jako załącznik do oferty:**

- 1) wpis do właściwego rejestru,
- 2) obowiązujący statut ( jeśli dotyczy),
- 3) zaświadczenie o numerze NIP,
- 4) zaświadczenie o numerze REGON,
- 5) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
- 6) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie o zawarciu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
- 7) dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszego postępowania.

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

.....,dnia .....

(miejscowość)

.....

(podpis i pieczęć oferenta )