Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 12/2016
Burmistrza Miasta i Gminy Wiązów
z dnia 21 stycznia 2016 r.

FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU PROFILAKTYKI CHORÓB NOWOTWOROWYCH REALIZOWANYCH POPRZEZ „SZCZEPIENIA OCHRONNE PRZECIWKO ZAKAŻENIU WIRUSEM HPV typ 16, 18, 6, 11" U DZIEWCZYNEK URODZONYCH W ROKU 2003, 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 (3dawki) 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 pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.

.....,dnia ....

(miejscowość) (podpis i pieczęć oferenta)