załącznik nr 2 do Uchwały Nr 58/72/2020

 Zarządu Powiatu w Piszu

 z dnia 7 września 2020 roku

Formularz ofertowy na realizację programu polityki zdrowotnej pod nazwą

„Powiatowy program profilaktycznych szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców powiatu piskiego po 60 roku życia” w 2020 r.

I. Dane oferenta:

1. Pełna nazwa podmiotu leczniczego:

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

2. Nazwa skrócona¹:

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

3. Dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego (z kodem pocztowym):

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

4. Telefon: ....................................

5. Fax: ...........................................

6. E-mail: ......................................

7. Adres strony internetowej: ..............................................................................................................................

8. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego: ...........................................................................................

9. NIP: ..........................................

10. REGON: .................................

11. Numer rachunku bankowego........................................................................................................................

12. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem

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

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

 *(imię i nazwisko, stanowisko, nr telefonu kontaktowego)*

 13. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem: ..............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................. *(imię i nazwisko, stanowisko, nr telefonu kontaktowego)*

II. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych objętych Programem, na który składana jest oferta:

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

 ........................................................................................................................................................................ *(adres oraz nazwa podmiotu leczniczego, w którym udzielane będą świadczenia zdrowotne/ odpowiednio jeśli jest kilka miejsc)*

III. Zasoby lokalowe i wyposażenie w sprzęt niezbędne przy realizacji Programu:

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

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

IV. Informacja o personelu medycznym przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:

Wywiad lekarski i badanie kwalifikujące do szczepienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Edukacja zdrowotna pacjentów:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Wykonanie szczepienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Obsługa organizacyjna zadania:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Stanowisko służbowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Obsługa finansowo-księgowa zadania:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Stanowisko służbowe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

V. Kalkulacja kosztów

Kalkulacja całkowitego kosztu (brutto) zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Szczegółowa kalkulacja kosztów szczepienia jednej osoby:** | **Wartość** |
|  | 1) Koszt zakupu szczepionki (nazwa szczepionki) | ................. zł brutto |
|  | 2) Koszt wywiadu lekarskiego i badania kwalifikującego do szczepienia  | .................. zł brutto |
|  | 3) Koszt podania szczepionki (w tym utylizacja zużytych  materiałów medycznych) | .................. zł brutto |
|  | 4) Koszty promocyjno-edukacyjne ( w tym m.in. opracowanie, wydanie i dystrybucja ulotek edukacyjnych) | .................. zł brutto |
|  | 5) Inne koszty ogólne związane z realizacją Programu | .................... zł brutto |
|  | Koszt zaszczepienia jednej osoby (brutto zł) (suma pkt 1-5) | ................... zł brutto |

1. Dostępność do świadczeń

-Możliwość rejestracji telefonicznej tak/nie2 , nr tel. ...................................................................

-Dni i godziny udzielania świadczeń w ramach Programu (co najmniej raz w tygodniu świadczenia powinny odbywać się do godz. 18.00)

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

-Możliwość udzielania świadczeń na terenie każdej z wymienionych miejscowości: Pisz, Orzysz, Ruciane Nida, Biała Piska tak/nie².................

-Punkty, w których realizowane będą świadczenia (lokalizacja w każdej z gmin):

1. ……
2. ……
3. ……
4. …..
5. Sposób przeprowadzenia kampanii promocyjno-informacyjnej

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

1. Dotychczasowe doświadczenie przy realizacji tego samego rodzaju zadań, na które składana jest oferta (opisać)

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

Oświadczam (-y), że:

1. Oferent jest związany niniejszą ofertą w terminie 30 dni licząc od następnego dnia po upływie terminu składania ofert.
2. Dane określone w części I niniejszej oferty są zgodne z Rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz z Krajowym Rejestrem Sądowym 2/ewidencją działalności gospodarczej.
3. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Oferent posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym Programem, na który jest składana oferta.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych podmiotu leczniczego zlokalizowanego na terenie powiatu piskiego, które spełnia wymogi określone przez przepisy prawa w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.
6. Aparatura i sprzęt medyczny opisane w ust. III niniejszej oferty są zgodne z przepisami prawa i posiadają odpowiednie certyfikaty.
7. Kwalifikacje personelu medycznego opisanego w ust. IV niniejszej oferty są zgodne z przepisami prawa. Ponadto personel medyczny spełnia wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa.
8. Oferent posiada podpisany kontrakt z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

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

 *(pieczęć oferenta) (miejscowość, data, podpis osoby upoważnionej)*

Załączniki do oferty:

1.

2.

Pouczenie:

1 wypełnić jeśli dotyczy, w przeciwnym wypadku wpisać nie dotyczy

2 niepotrzebne skreślić