**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący wyboru podmiotu realizującego program polityki zdrowotnej pn. **"Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego w Gminie Miasto Świnoujście"**, stanowiący załącznik do uchwały Nr IX/76/2019 Rady Miasta Świnoujście z dnia 28 marca 2019 roku z zachowaniem założeń w nich określonych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| data | (pieczęć oferenta) | | |
| **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** |  | | |
| **Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu** |  | | |
| **Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego, jej tel., fax, e-mail.** |  | | |
| **II. Dostępność do świadczeń objętych programem:** | | | |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programu (adres, nr tel./fax.): | |  | |
| 2. Przewidywany termin realizacji programu. | |  | |
| 3. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny możliwości realizacji świadczeń w ramach programu (w tym co najmniej 1 raz do godziny 17:00) | |  | |
| **III. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program (opis).** | | | |
| 1. Skrócony opis sposobu, w jaki oferent przeprowadzi akcję promocyjną do adresatów programu. | |  | |
| 2. Skrócony opis sposobu, w jaki oferent przeprowadzi akcję edukacyjną skierowaną do adresatów programu (młodzieży i rodziców/opiekunów prawnych). | |  | |
| 3. Skrócony opis sposobu, w jaki oferent przeprowadzi wśród rodziców/opiekunów prawnych anonimowe badania ankietowe dot. satysfakcji udziału w programie. | |  | |
| 4. Nazwa 9-walentnej szczepionki przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego HPV. | |  | |
| **IV. Informacje dotyczące jednostkowych kosztów dot. realizacji programu:** | | | |
| 1. koszt zakupu szczepionki, | |  | |
| 2. koszt wykonania szczepienia, w tym:   1. koszt kwalifikacyjnego badania lekarskiego, 2. koszt wykonania iniekcji, | |  | |
| 3. koszt wynikający z organizacji programu, w tym przeprowadzenia: akcji promocyjnej, akcji edukacyjnej i badań ankietowych. | |  | |
| **V.** **Całkowity koszt realizacji programu w 2019 r. (PLN/brutto)** | |  | |
| **VI.** **Całkowity koszt realizacji programu w 2020 r. (PLN/brutto)** | |  | |
| **VII.** **Całkowity koszt realizacji programu**  **(PLN/brutto) w latach 2019-2020** | |  | |

**JEDNOCZEŚNIE OFERENT OŚWIADCZA:**

1. że zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, programem polityki zdrowotnej pn. **"Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego w Gminie Miasto Świnoujście"**, stanowiącym załącznik do uchwały Nr IX/76/2019 Rady Miasta Świnoujście z dnia 28 marca 2019 roku,
2. o realizacji świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach spełniających określone przepisami wymagania techniczne i sanitarne,
3. że osoby realizujące program polityki zdrowotnej objęty ofertą, spełniają wymogi kwalifikacyjne (potwierdzone stosownymi dokumentami),
4. o zawarciu umowy z NFZ O/Szczecin na świadczenia zdrowotne w 2019 r.
5. o prawdziwości danych zawartych w ofercie,
6. o posiadaniu aktualnej polisy zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej**,** zgodnie ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.);
7. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
8. zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
9. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
10. udzielania 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,
11. utrzymania 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 niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
12. 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 pieczątka przedstawiciela/-li

oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

**Załączniki do oferty:**

* 1. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność (kopia dokumentów składana przez oferenta musi mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert),
  2. propozycję przeprowadzenia akcji edukacyjnej dot.: szczegółowych terminów i częstotliwości spotkań edukacyjnych oraz liczebności grup,
  3. propozycję wzoru ankiety dla młodzieży i dla dorosłych do wykorzystania przy akcji edukacyjnej,
  4. propozycję wzoru ankiety dla dorosłych w celu przeprowadzenia anonimowych badań dot. satysfakcji z udziału w programie.