

.....  
(pieczęć oferenta)

**Oferta na realizację programu polityki zdrowotnej  
pn.: Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego w gminie Międzyrzecz  
w 2017 roku**

**I Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa:

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

2. Adres .....

tel..... fax..... email:.....

3. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru sądowego (proszę załączyć aktualne wyciągi z rejestrów):

.....

4. NIP: .....

5. Regon: .....

6. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię i nazwisko, numer telefonu kontaktowego):

.....

7. Osoba/y upoważnione do podpisania umowy na realizację programu:

.....

**II. Posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe zapewniające realizację programu:**

1. Personel medyczny i pomocniczy zatrudniony przy realizacji programu:

Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji programu

2. Warunki lokalowe (krótki opis), tj. miejsce wykonywania szczepień (dokładny adres):

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

**III. Kalkulacja kosztów realizacji programu:**

Wyszczególnienie świadczenia	Planowana liczba dziewczynek z rocznika 2001 w gminie Międzyrzecz podlegających szczepieniom	Liczba szczepień dla 1 dziewczynki	Cena za podanie 1 szczepionki (brutto w zł)	Wartość świadczenia brutto w zł
1	2	3	4	5 = (2 * 3 * 4)
Szczepienia dziewczynek przeciwko HPV	110	3		

Słownie złotych (brutto) .....

**IV. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu)**

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

**V. Dodatkowe informacje o realizacji programu mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:**

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

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Międzyrzecza o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programu,
2. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3. przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
  - a) zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
  - c) 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,
  - d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego,
  - e) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udziały świadczeń zdrowotnych).

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)

**Załączniki:**

- 1) kopia aktualnego wypisu z rejestru,
- 2) kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- 3) inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. rekomendacje, dotychczasowe osiągnięcia, dokumentacja prasowa dotycząca działalności itp.)