# Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 350/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 13 sierpnia 2024 r.

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

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

### OFERTA

program polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób w wieku 65 lat i więcej, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” w 2024 r.

***I. Dane dotyczące Oferenta***

1. Pełna nazwa Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

1. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny NIP:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny Regon:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

|  |
| --- |
|  |

1. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych i podejmujący działania w ramach programu:

|  |  |
| --- | --- |
| Koordynator programu  (wykaz imienny, kwalifikacje,  forma współpracy z Oferentem,  tel. kontaktowy) |  |
| Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej  (wykaz imienny, kwalifikacje,  forma współpracy z Oferentem) |  |
| Pielęgniarka/położna  (wykaz imienny, kwalifikacje,  forma współpracy z Oferentem) |  |
| Osoba prowadząca działalność edukacyjno-informacyjną  (wykaz imienny, kwalifikacje,  forma współpracy z Oferentem) |  |

1. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych i wyposażenia punktu szczepień):

|  |
| --- |
|  |

1. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu:

|  |
| --- |
|  |

***II. Informacje o programie***

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

|  |
| --- |
|  |

1. Planowana liczba uczestników programu (w tym wskazanie np. rejonu, osiedla):

|  |
| --- |
|  |

1. Liczba osób powyżej 65 roku życia z aktywnej listy pacjentów poz zamieszkujących we Włocławku, nad którymi Oferent sprawuje profilaktyczną opiekę (wg stanu na dzień składania oferty):

|  |
| --- |
|  |

1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny wykonywania szczepień, sposoby rejestracji uczestników programu, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym udziału w programie:

|  |
| --- |
|  |

1. Opis działań edukacyjno-informacyjnych:

|  |
| --- |
|  |

***III. Plan finansowy – preliminarz kosztów***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Świadczenie | Liczba jednostek | Rodzaj miary | Koszty realizacji | |
| Koszt jednostkowy  (cena brutto w zł) | Wartość  (kwota brutto w zł) |
| 1. | Wykonanie szczepienia ochronnego szczepionką  (1 dawka), w tym:   1. Przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego. 2. Wykonanie szczepienia. 3. Wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych. 4. Czynności organizacyjno – administracyjno -techniczne i inne koszty (np. utylizacji) |  | szczepienie |  |  |
| 2. | Przeprowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych. |  | zadanie |  |  |
|  | **Planowany koszt całkowity realizacji programu – kwota brutto w zł:** | | | |  |
|  | słownie: | | | | |

***IV. Informacje dodatkowe.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia, w tym szczególnie w zakresie szczepień ochronnych (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu) |  |

***IV. Oświadczenia Oferenta:***

Oferent oświadcza, że:

1. informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego,
2. zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji programu,
3. będzie realizował program bez udziału podwykonawców.
4. świadczenia wykonywane w ramach programu polityki zdrowotnej nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.
5. zapoznał się z treścią „Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób w wieku 65 lat i więcej, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek” na lata 2023-2025 stanowiącego załącznik do Uchwały   
   Nr LXV/101/2023 Rady Miasta Włocławek z dnia 27 czerwca 2023 r.
6. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Włocławek,
7. zapoznał się z wzorem i zaakceptował warunki umowy,
8. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym   
   i faktycznym na dzień złożenia oferty.

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

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych   
do reprezentowania oferenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
2. upoważnienie do podpisania oferty o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta,
3. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.