# 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:
2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:
3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
4. Nr identyfikacyjny NIP:
5. Nr identyfikacyjny Regon:
6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :
7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:
8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:
9. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych i podejmujący działania w ramach programu:

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Pielęgniarka/położna

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):
2. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu:

***II. Informacje o programie***

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:
2. Planowana liczba uczestników programu (w tym wskazanie np. rejonu, osiedla):
3. 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):
4. 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:
5. Opis działań edukacyjno-informacyjnych:

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

1. Wykonanie szczepienia ochronnego szczepionką (1 dawka), w tym:
2. Przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego.
3. Wykonanie szczepienia.
4. Wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych.
5. Czynności organizacyjno – administracyjno -techniczne i inne koszty (np. utylizacji)

Świadczenie: szczepienie (liczba jednostek, koszt jednostkowy – cena brutto w zł, wartość – kwota brutto w zł)

1. Przeprowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych

Zadanie: (liczba jednostek, koszt jednostkowy – cena brutto w zł, wartość – kwota brutto w zł)

1. Planowany koszt całkowity realizacji programu – kwota brutto w zł:… Słownie:

***IV. Informacje dodatkowe.***

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.

# Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 350/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 13 sierpnia 2024 r.

## ZAKTUALIZOWANY ZAKRES RZECZOWY I KOSZTORYS

## 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.

1. Pełna nazwa Oferenta:
2. Uczestnicy programu (liczba osób):
3. Kosztorys:
4. Wykonanie szczepienia ochronnego szczepionką (1 dawka), w tym:
5. Przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego.
6. Wykonanie szczepienia.
7. Wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych.
8. Czynności organizacyjno – administracyjno -techniczne i inne koszty (np. utylizacji)

Świadczenie: szczepienie (liczba jednostek, koszt jednostkowy – cena brutto w zł, wartość – kwota brutto w zł)

1. Przeprowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych

Zadanie: (liczba jednostek, koszt jednostkowy – cena brutto w zł, wartość – kwota brutto w zł)

1. Planowany koszt całkowity realizacji programu – kwota brutto w zł:… Słownie:

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

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta