

**FORMULARZ OFERTOWY NA REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ
MENINGOKOKOWYCH TYPU C POPRZEZ SZCZEPIONIA OCHRONNE**

1. Dane oferenta (pełna nazwa, adres, NIP, REGON)

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

2. Imię i Nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu

.....
.....

3. Imię i Nazwisko osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację zamówienia

.....
.....

4. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....
.....

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nr i data wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....
.....

6. Główny cel zamówienia

Profilaktyka zakażeń meningokokowych typu C poprzez szczepienia ochronne.

7. Grupa docelowa, określenie populacji – charakterystyka

Dzieci urodzone w 2002r. będące mieszkańcami Gminy i Miasta Czerwionka-Leszczyny, ubezpieczone lub uprawnione do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie odrębnych przepisów - szacunkowa liczba 390 osób.

8. Proponowana data rozpoczęcia i zakończenia realizacji świadczeń

.....
.....

9. Szczegółowe określenie miejsca realizacji programu oraz dni i godzin, w których świadczenia będą realizowane

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

10. Określenie warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)

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

11. Określenie sposobu rejestracji pacjentów

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

12. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób mogących udzielać świadczeń zdrowotnych (zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień)

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

13. Wskazanie czy i w jaki sposób (szczegółowy opis) oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję edukacyjną dot. profilaktyki zakażeń meningokokowych skierowaną do rodziców (opiekunów) dzieci uprawnionych do świadczeń

.....
.....

.....

14. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia

Stawka jednostkowa za realizację świadczenia

Ilość osób objętych świadczeniem.....

Koszt realizacji zamówienia

15. Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu

.....
.....

Wymagane załączniki do oferty:

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu.
2. Oświadczenie oferenta o nierefundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielanych w programie świadczeń zdrowotnych.
3. Statut ZOZ-u.
4. Aktualny wypis z właściwego rejestru (maksymalnie sprzed 3 miesięcy).
5. W przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych poza siedzibą oferenta, oświadczenie właściciela lub administratora lokalu (podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu) o wyrażeniu zgody na korzystanie z pomieszczeń na czas realizacji świadczeń.

Załączniki winny być opatrzone datą, pieczęcią i podpisem osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu. Kserokopie dokumentów dodatkowo winny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”.