

Załącznik nr 3  
do Zarządzenia Nr 70/2015  
Prezydenta Miasta Konina  
z dnia 28 maja 2015 r.

## OFERTA KONKURSOWA

*dotycząca realizacji Programu profilaktyki zakażeń wirusem HPV w mieście Koninie w latach 2015 – 2016*

1. Oferent (pełna nazwa):

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

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu, adres e-mail oferenta:

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

3. Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację programu:

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

4. Nazwisko i imię pełnomocnika składającego ofertę (numer telefonu kontaktowego):

.....  
.....

5. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu:

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....  
.....

7. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru zakładów opieki zdrowotnej :

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

8. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych działań profilaktycznych:

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

9. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program:

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

10. Proponowana liczba świadczeń do wykonania przez Zleceniobiorcę (liczba osób – adresatów programu):

.....  
.....

11. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu:

.....  
.....

12. Określenie warunków udzielania świadczeń (aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności):

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

13. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie:

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

14. Określenie sposobu rejestracji (umawiania) pacjentów (osobiście – adres, godziny; telefonicznie – numer telefonu, godziny):

.....  
.....

15. Kwalifikacje zawodowe kadry medycznej realizującej zadanie. Imienny wykaz personelu medycznego wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego (do oferty proszę załączyć kserokopie dokumentów: dyplomy, zaświadczenia, certyfikaty):

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

16. Krótka charakterystyka sposobu przeprowadzenia akcji informacyjno – edukacyjnej skierowanej do adresatów programu, ich rodziców/opiekunów prawnych:

.....  
.....

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

17. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:

a) Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu:.....zł

W tym:

- Koszt szczepionki wynosi: .....zł brutto
- Koszt badania lekarskiego i edukacji wynosi: ..... zł brutto
- Koszt iniekcji (w tym materiałów) wynosi: ..... zł brutto

b) Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3 – krotne podanie szczepionki) : ..... zł brutto

c) Szacunkowa ilość osób objętych programem: ..... w tym dziewczynek urodzonych w 2003 r. ....

d) Szacowana ilość jednostek rozliczeniowych programu (pakietów): .....

e) Całkowity koszt realizacji programu(brutto): w 2015 r. .... zł

w 2016 r. .... zł

**Oświadczenie:**

1. Zobowiązuję się ( w przypadku wyboru oferty) do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania.
2. Jestem/nie jestem płatnikiem podatku VAT ( niepotrzebne skreślić)
3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym

.....

.....

Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji oferenta