

Formularz ofertowy

dotyczący realizacji programów zdrowotnych pt.:

1. "Program profilaktycznych szczepień przeciw pneumokokom dzieci zamieszkałych w Gminie Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu "Trzebnicka Rodzina 3+""
2. "Program profilaktycznych szczepień przeciw meningokokom dzieci zamieszkałych w Gminie Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu "Trzebnicka Rodzina 3+""

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(Tel, fax):

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

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

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

5. Nazwisko i imię osoby (osób) odpowiedzialnej(nych) za realizację programu oraz osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego :

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

7. Wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk, oraz odpisu z KRS lub ewidencji działalności gospodarczej - wymienić.

.....
.....

8. Doświadczenie placówki w realizacji programów profilaktyki pro-zdrowotnej, oraz innych programów medycznych

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

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

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

.....
.....
10. Przewidywana szacunkowa liczba świadczeń do wykonania przez świadczeniodawcę [liczba osób w latach 2014-2016 – adresatów programu - dzieci posiadające kartę „Trzebnickiej Rodziny 3+)]:

- 90 osób

11. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu:

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

.....
.....
13. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739):

.....
.....
14. Określenie sposobu rejestracji pacjentów: osobiście – adres, telefonicznie – numer, dni tygodnia i godz. realizacji świadczeń (co najmniej 1 raz w tygodniu w godz. popołudniowych)w ramach programu :

.....
.....
15. Świadczenia zdrowotne będzie wykonywać personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego (np. lekarz rodzinny, pediatra, pielęgniarka), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego:

Lp.	Imię i nazwisko	Zawód, stopień specjalizacji	Pozostałe informacje

Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

16. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną kampanię

informacyjno-edukacyjną skierowaną do adresatów programu, w tym ich rodziców (prawnych opiekunów) w celu jak najpełniejszej realizacji zadania:

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

17. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:

1. Ustala się umowną wartość wynagrodzenia brutto $c = a + b$ gdzie:

- a - jednostkowa wartość wynagrodzenia w wysokościzł brutto, tj. skalkulowany koszt szczepienia 1- go dziecka przeciw pneumokokom przy 4 (czterech) iniekcjach szczepionki zgodnie z programem nr 1 i przy opłacie 50% wartości szczepienia przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka,
- b- jednostkową wartość wynagrodzenia w wysokościzł brutto, tj. skalkulowany koszt szczepienia 1-go dziecka przeciwko meningokokom zgodnie z programem nr. 2 przy 2(dwóch) dawkach szczepionki dla dzieci od 2 m-ca do 12 m-ca życia, 1(jednej) dawce szczepionki dla dzieci od 12 m..ż. do 24 m-ca, życia i przy opłacie 50% wartości szczepienia przez rodziców/prawnych opiekunów dziecka,

c - całkowita łączna wartość szczepienia jednego dziecka brutto c =zł

UWAGA!

Kryteria wyboru

Podstawą wyboru oferty będzie:

- 1) - pkt 17, ppkt 1c - całkowity koszt szczepienia jednego dziecka brutto – 95 % wagi wyboru oferty,**
- 2) – pkt. 8 - doświadczenie placówki w realizacji programów profilaktyki pro-zdrowotnej, oraz innych programów medycznych – 5 % wagi wyboru oferty**

2. Ustalone wynagrodzenie obejmuje wszelkie narzuty i dodatki dla Wykonawcy i nie podlega zmianie w trakcie realizowania niniejszej umowy.

Szacunkowa ilość dzieci podlegająca szczepieniom - 90

.....
Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentowania oferenta

Wymagane załączniki do oferty:

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkach konkursu, projektem umowy, zobowiązuję się (w przypadku wyboru mojej oferty) do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania – załącznik Nr. 1
2. Kserokopia dokumentu dotyczącego statusu prawnego oferenta (np. aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub aktualne zaświadczenia o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej).
3. Kserokopia wpisu do właściwego rejestru/ewidencji zakładów opieki zdrowotnej.
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia wymienione w pkt. 15 oferty.
5. Zaświadczenie o numerze NIP.
6. Zaświadczenie o numerze REGON.

Załącznik nr 1 do formularza ofertowego - Oświadczenie

.....
Pieczętka firmowa oferenta

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu i wzorem umowy na realizację programów zdrowotnych:
 - a/ „Program profilaktycznych szczepień przeciw pneumokokom dzieci zamieszkałych w Gminie Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu ”Trzebnicka Rodzina 3+””,
 - b/ „Program profilaktycznych szczepień przeciw meningokokom dzieci zamieszkałych w Gminie Trzebnica na lata 2014-2016 w ramach programu ”Trzebnicka Rodzina 3+””i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy (zał. Nr. 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert) i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach

.....
(nazwa podmiotu leczniczego - oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).

3. Oświadczam, że posiadam wyspecjalizowaną kadrę (pielęgniarki posiadające ukończony kurs w zakresie wykonywania szczepień ochronnych pod nadzorem lekarskim, lekarza rodzinnego, pediatrę) niezbędną do realizacji programu ust.1 pkt. a i b.
4. Oświadczam, że posiadam podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w 2014 r.
5. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych związanych z powyższą ofertą, na okres ich udzielania.
6. Oświadczam, pod groźbą odpowiedzialności karnej, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.
7. W przypadku większej liczby osób niż 90 chętnych do wzięcia udziału w programie szczepień zobowiązuję się zaszczepić je wg. tych samych stawek tzn. proponowanych w ofercie, za pisemną zgodą zamawiającego pod warunkiem nieważności.

Trzebnica, dnia.

.....

*Podpisy i pieczętki osób
upoważnionych do reprezentowania oferenta*