Załącznik nr 1   
do ogłoszenia konkursu ofert   
na wybór realizatora programu zdrowotnego pn :  
 „Program zdrowotny

dotyczący profilaktyki zakażeń  
 pneumokokowych   
w Małopolsce**”** w 2016 roku

**FORMULARZ OFERTY na część dotyczącą Gminy…………………………………….**

***(odrębnie dla każdej części czyli Gminy)***

**„Program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce” w 2016 roku**

**1.DANE OFERENTA:**

1. **Pełna nazwa………………………………………………………………………………………………………………………**
2. **Adres podmiotu leczniczego: ulica…………………………………………kod……………………………………**

**Miejscowość……………………………………………tel…………………………………………….fax…………………**

**…………………e- mail…………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Status prawny oferenta……………………………………………………………………………………………………..**
2. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą…………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej …**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**NIP…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**REGON………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nazwa banku i nr rachunku…………………………………………………………………………………………………**

1. **Dane o osobie kierującej podmiotem leczniczym:**

**Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Stanowisko…………………………………………………Tel………………………..fax………………………………….**

**e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Dane o osobie odpowiedzialnej za koordynację programu w podmiocie leczniczym:**

**Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Stanowisko…………………………………………………Tel………………………..fax………………………………….**

**e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Dane o osobie odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu w podmiocie leczniczym:**

**Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Stanowisko…………………………………………………Tel………………………..fax………………………………….**

**e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**II. INFORMACJA O ZASOBACH KADROWYCH OFERENTA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lekarze** | | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko,** | **Kwalifikacje zawodowe**  (tytuł zawodowy, specjalizacja) | **Staż pracy** | | **Zakres zadań w ramach programu** |
| **1** |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Pielęgniarki** | | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  (tytuł zawodowy, specjalizacja, kursy w zakresie szczepień ochronnych) | | **Staż pracy** | **Zakres zadań w ramach programu** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

**III. KALKULACJA PZREWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU W GMINIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kosztorys** | | |
| **1.** | **Kalkulacja kosztów wykonania jednej dawki szczepionki t.j.** koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki | **Koszt jednostkowy :……………zł(brutto)** |
| 1. **badanie lekarskie……………zł** |
| **b) wykonanie szczepienia-……….zł** |
| 1. **koszt 1 dawki szczepionki-..…..zł** |
| **2.** | **Liczba planowanych dawek szczepionki** | **………………………………………………**  Należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent planuje wykonać w ramach realizacji zadania |
| **3.** | **Harmonogram planowanych działań**  **(należy podać konkretne terminy)** | **…………………………………………………….**  **…………………………………………………….**  **……………………………………………………**  termin zakończenia realizacji musi być zgodny z podanym w ogłoszeniu |
| **4.** | **Koszt całkowity realizacji programu**  **(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek)** | **………………………………….zł brutto** |

**IV. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH W RAMACH PROGRAMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI LOKALOWO- SPRZĘTOWE** | | | |
| **1.** | **Czy oferent posiada gabinet lekarski do konsultacji dzieci objętych działaniami programu wraz z punktem szczepień , spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa i pozwalający na przeprowadzenie badań oraz szczepień w sposób niekolidujący z bieżącą działalnością podmiotu** |  |  |
| **2.** | **Czy oferent posiada sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu** | **tak** | **nie** |
|  |  |
| **3.** | **Czy oferent posiada sprawna linię telefoniczną** | **tak** | **nie** |
|  |  |
| **4.** | **Czy oferent posiada w stałym nadzorze pediatrycznym dziewczynki w roczniku 2013-2015** | **tak** | **nie** |
|  |  |

**V. INFORMACJE DODATKOWE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Doświadczenie oferenta w prowadzeniu programów zdrowotnych finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie szczepień ochronnych** |  | |
| **2.** | **Sposób dotarcia z informacją o programie do rodziców/ opiekunów dziewcząt, spełniających kryteria udziału w programie(działania edukacyjne) w tym również do rodziców dziewcząt zapisanych do lekarz pierwszego kontaktu u innych świadczeniodawców na terenie danej gminy** |  | |
| **3.** | **Dostępność do świadczeń (należy wskazać liczbę dni w tygodniu, w którym realizowany będzie program i w jakich godzinach)** |  | |
| **4.** | **Czy będzie istniała możliwość uzyskania informacji i rejestracji telefonicznej do programu** | **tak** | **nie** |
|  |  |

**Niniejszym oświadczam, że:**

**- wszystkie dane zawarte w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,**

**- zapoznaliśmy się z treścią *Programu zdrowotnego dotyczącego profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce,***

**- zapoznaliśmy się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert dla wyboru realizatora programu pn. : *Program zdrowotny dotyczącego profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce* w 2016 roku zawierającego szczegółowe warunki konkursu ofert,**

**- wykonamy świadczenia obejmujące zakres przedmiotowy konkursu na terenie Gminy……………………………………………………..oraz poniesiemy wyłączną odpowiedzialność za wykonane w ramach Programu, zarówno Zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich, na rzecz których udzielane będą przedmiotowe świadczenia,**

**- zapewnimy poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników Programu   
z zachowaniem wymogów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014r. poz. 1182 z poźn. zm.)**