

do Konkursu Ofert dotyczącego wyłonienia Realizatorów programu polityki zdrowotnej w 2023r. pn.: „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób z grupy podwyższonego ryzyka powyżej 65 roku życia na lata 2019-2023”.

Pieczętka firmowa oferenta

Formularz ofertowy do konkursu ofert na wybór realizatora w 2023r. „Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób z grupy podwyższonego ryzyka - powyżej 65 roku życia na lata 2019-2023”

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta
I. Dane o ofercie		
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail	
3.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład	
4.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody	
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów	
6.	NIP	
7.	Regon	
8.	Numer konta bankowego	
9.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
10.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
11.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
II. Liczba pacjentów		
	Liczba pacjentów poz powyżej 65 r. życia tj: urodzonych do dnia 31 grudnia 1958 r. znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta	
III. Informacje o personelu medycznym realizującym program		
1.	Lekarze poz (liczba osób, specjalizacja)	
2.	Liczba pielęgniarek z ukończonym kursem szczepień	

IV. Plan rzeczowo – finansowy	
1.	Proponowana liczba szczepień, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2023 r. z wyszczególnieniem: <ul style="list-style-type: none"> • Liczba pacjenci z listy aktywnej poz
	<ul style="list-style-type: none"> • Pacjenci z innych poz z terenu Koszalina
	Łączna liczba pacjentów
2.	Cena jednostkowa szczepienia: (badanie przez lekarza poz, usługa szczepienia wraz ze szczepionką)
3.	Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej: <ul style="list-style-type: none"> - badanie przez lekarza poz, - usługa szczepienia, - szczepionka czterowalentna
4.	Koszt całkowity usługi - CENA BRUTTO (łączna liczba pacjentów x cena jednostkowa szczepienia)
V. Inne informacje	
1.	Informacja o szczepionce czterowalentnej (nazwa, producent.....)
2.	Sposób doboru i powiadamiania pacjentów
3.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu (proszę podać nr tel. i godz. przyjęć pacjentów)
4.	Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań, wyłącznie na rzecz programu.
5.	Lokalizacja: <ul style="list-style-type: none"> a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax) b) dojazd środkami MZK
6.	Czy w zakładzie opieki zdrowotnej znajduje się gabinet szczepień?

Oświadczenia

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uczestniczenie w negocjacji cen do ceny najniższej zaoferowanej w złożonych ofertach w odpowiedzi na wybór realizatorów w 2023r. Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób z grupy podwyższonego ryzyka powyżej 65 roku na lata 2019-2023.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami realizacji programu zdrowotnego oraz wzorem umowy.

Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu zgodnie z formularzem oferty załączonym do szczegółowych warunków realizacji programu zdrowotnego.

Potwierdzam, iż reprezentowany przeze mnie zakład opieki zdrowotnej spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację w 2023r. „Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób z grupy podwyższonego ryzyka - powyżej 65 roku życia na lata 2019-2023”.

.....
Data, Podpis kierownika (dyrektora) zakładu