Załącznik nr 3

do Zarządzenia nr 0050-318/2016

Prezydenta Miasta Świdnicy

z dnia 08 listopada 2016 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący wyboru podmiotu realizującego w latach 2016-2017 „Program profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Świdnicy na lata 2016-2018 w Gminie Miasto Świdnica”, obejmujący szczepienie przeciw grypie oraz kampanię informacyjno-edukacyjną osób w wieku powyżej 60 roku, zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Świdnica, będących jednocześnie klientami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS) w Świdnicy

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć Oferenta) | Data wpływu oferty (Urząd Miejski w Świdnicy) |
| **I. DANE OFERENTA:** |
| **Nazwa Oferenta** |  |
| **Adres siedziby Oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| **Nr NIP Oferenta** |  |
| **Nr REGON Oferenta** |  |
| **Telefon osoby do kontaktu** | (stacjonarny) | (komórkowy) |
| **Fax.** |  |
| **e-mail** |  |
| **Numer konta bankowego** |  |
| **Adres miejsca, w którym planuje się realizację Programu** |  |
| **Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za****realizację Programu** |  |
| **Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie Programu,** **jej tel., fax, e-mail.** |  |
| **Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować Program (opis)** |  |
| **II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej**: |
| Imię i nazwisko, tytuł zawodowy | Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u Oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o prace i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna) | Posiadane specjalizacje i certyfikaty  | Posiadane doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej (nazwa, czas i wskazanie zlecającego Program) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| **III. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej:** |
| 1. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie. |  |
| 2.Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych |  |
| **IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:** |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej (adres, nr tel./fax):a) szczepień,b) akcji informacyjno-edukacyjnej |  |
| 2. Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach Programu (co najmniej trzy razy w tygodniu, w tym jeden raz co najmniej do godziny 17.30) |  |
| 3. Sposób, w jaki Oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną kampanię informacyjno-edukacyjną, skierowaną do adresatów Programu:a) ilość i tematyka spotkań z osobami zaproszonymi do udziału w Programie, b) ilość przeprowadzonych rozmów indywidualnych z osobami z grupy zaproszonej do udziału w Programie, informujących o szczepieniach,c) rodzaj materiałów informacyjno-edukacyjnych,d) miejsca ekspozycji materiałów promocyjnych |  |
| **V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej wg podziału na okresy sprawozdawcze:** **V.1) w okresie od podpisania umowy do 23 grudnia 2016 r.,** **V.2) od 1 września 2017 r. do 15 grudnia 2017 r.** |
| **V.1. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej w okresie od podpisania umowy do 23 grudnia 2016 r.**  |
| 1.Nazwa szczepionki przeciw grypie |  |
| 2. Cena jednostkowa brutto (do dwóch miejsc po przecinku) za wykonanie jednego szczepienia (podania jednej dawki szczepionki) wraz z usługą, w tym:1. koszt zakupu szczepionki,
2. koszt kwalifikacyjnego badania lekarskiego,
3. koszt wykonania iniekcji,
4. utylizacja zużytych materiałów i sprzętu medycznego,
5. inne koszty – np. prowadzenie dokumentacji medycznej, obsługa administracyjno-księgowa, koszt druku zaproszeń-deklaracji itp. – opisać szczegółowo jakie.
 |  |
| Słownie złotych: |  |
| 3. Cena jednostkowa brutto (do dwóch miejsc po przecinku) (dla jednej osoby biorącej udział w kampanii) za przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej (prelekcje nt.: profilaktyki szczepień przeciwko grypie, profilaktyki zachorowań na grypę – dla osób kwalifikujących się do Programu, wg podanej propozycji – proszę opisać i przedstawić harmonogram kampanii, z uwzględnieniem wszystkich kosztów w przeliczeniu na jedną osobę. |  |
| Słownie złotych: |  |
| **CENA OGÓŁEM w 2016 r.**: |
| **4. Cena ogółem** brutto (do dwóch miejsc po przecinku) **– całkowity koszt realizacji Programu** **w 2016 r. :****1) szczepienia (liczba osób poddanych szczepieniu x cena** brutto (do dwóch miejsc po przecinku) **jednaj dawki szczepionki),****2) kampania informacyjno-edukacyjna** (cena brutto do dwóch miejsc po przecinku)**.** |  |
| **Słownie złotych:** |  |
| 5. Ilość osób objętych Programem w 2016 r.:1) zaszczepionych- maksymalnie 400,2) osób objętych kampanią informacyjno-edukacyjną. |  |
|  |  |
| **V.2. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej w okresie od 1 września 2017 r. do 15 grudnia 2017 r.** |
| 1.Nazwa szczepionki przeciw grypie |  |
|  |  |
| 2. Cena jednostkowa brutto (do dwóch miejsc po przecinku) za wykonanie jednego szczepienia (podania jednej dawki szczepionki) wraz z usługą, w tym:1. koszt zakupu szczepionki,
2. koszt kwalifikacyjnego badania lekarskiego,
3. koszt wykonania iniekcji,
4. utylizacja zużytych materiałów i sprzętu medycznego,
5. inne koszty – np. prowadzenie dokumentacji medycznej, obsługa administracyjno-księgowa, koszt druku zaproszeń-deklaracji itp. – opisać szczegółowo jakie.
 |  |
| Słownie złotych: |  |
| 3. Cena jednostkowa brutto (do dwóch miejsc po przecinku) (dla jednej osoby biorącej udział w kampanii) za przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej (prelekcje nt.: profilaktyki szczepień przeciwko grypie, profilaktyki zachorowań na grypę – dla osób kwalifikujących się do Programu, wg podanej propozycji – proszę opisać i przedstawić harmonogram kampanii, z uwzględnieniem wszystkich kosztów w przeliczeniu na jedną osobę. |  |
| Słownie złotych: |  |
| **CENA OGÓŁEM W 2017 R.** |
| **4. Cena ogółem** brutto (do dwóch miejsc po przecinku) **– całkowity koszt realizacji Programu** **w 2017 r. :****1) szczepienia (liczba osób poddanych szczepieniu x cena brutto** (do dwóch miejsc po przecinku) **jednaj dawki szczepionki),****2) kampania informacyjno-edukacyjna** (cena brutto do dwóch miejsc po przecinku). |  |
| **Słownie złotych:** |  |
| 5. Ilość osób objętych Programem w 2017 r.:1) zaszczepionych- maksymalnie 400,2) osób objętych kampanią informacyjno-edukacyjną |  |
| : |  |
| **CENA OGÓŁEM (lata 2016-2017)** |
| **Cena ogółem brutto (do dwóch miejsc po przecinku) w 2016 r.** **+ Cena ogółem brutto (do dwóch miejsc po przecinku) w 2017 r.** |  |
| **Słownie złotych:** |  |

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, regulaminem konkursu, projektem umowy oraz „Programem profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Świdnicy na lata 2016-2018 w Gminie Miasto Świdnica”, realizowanym w Gminie Miasto Świdnica w latach 2016-2017;
2. spełnia wszystkie wymagania zawarte w regulaminie konkursu;
3. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem faktycznym
i prawnym;
4. świadczenia zdrowotne w zakresie szczepień przeciw grypie nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
5. osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego;
6. dane osobowe niezbędne do wykonania przedmiotu umowy będzie gromadził zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa;
7. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia
i systemy informacyjne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024):

a) będzie prowadził dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych osobowych,

b) znajdujące się w jego posiadaniu urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych zapewniają poziom bezpieczeństwa określony, jako wysoki,

c) będzie prowadził ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,

d) stosuje środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, a w szczególności zabezpieczenia danych osobowych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy, zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem, w zakresie, za który odpowiada Zleceniobiorca;

1. przez cały okres realizacji Programu, zobowiązuję się do:
2. zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
3. zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
4. udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami
i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
5. utrzymanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego
z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia,
6. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności
z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby
i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

……………………………… ………..…………………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątka przedstawiciela/-li Oferenta

upoważnionego/-ych do reprezentowania Oferenta

Załączniki wymagane do oferty\*:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalności leczniczej, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2015 r., poz. 618 ze zmianami) zgodnego z aktualnym stanem, faktycznym i prawnym.
2. Kopia odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający m.in. status prawny Oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji Oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
3. Kopia statutu Oferenta (jeśli taki Oferent posiada).
4. Kopia potwierdzenia nadania numeru NIP.
5. Kopia potwierdzenia nadania numeru identyfikacyjnego REGON.
6. Kopia polisy bądź zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Kopie certyfikatów jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności
w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli Oferent takie posiada).

Kopie dokumentów składane przez Oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność
z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta w konkursie ofert.

………………………………… ………..…………………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątka przedstawiciela/-li Oferenta

upoważnionego/-ych do reprezentowania Oferenta

\*niepotrzebne skreślić