Załącznik nr 3 do Zarządzenia   
Nr SO.0050.1.133.2019 Burmistrza Ropczyc   
z dnia 3 czerwca 2019 r.

|  |
| --- |
| ....................................................  (pieczątka firmowa Oferenta) |
| FORMULARZ OFERTY program polityki zdrowotnej - Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ropczyce powyżej 65. roku życia -2019 r. | |
|
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane oferenta** | |
| **I. Dane o oferencie** | | |
| 1. | **Oznaczenie podmiotu leczniczego \***  **\*** *na podstawie wpisu w księdze rejestrowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą* | |
| 1.1 | Nazwa podmiotu leczniczego |  |
| 1.2 | Adres podmiotu leczniczego (miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail) |  |
| 1.3 | Numer wpisu do Rejestru Podmiotów  Wykonujących Działalność Leczniczą |  |
| 1.4 | Numer NIP |  |
| 1.5 | Numer Regon |  |
| 1.6 | Dyrektor/Kierownik podmiotu leczniczego  (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 1.7 | Główny księgowy lub osoba upoważniona do prowadzenia rozliczenia finansowego |  |
| 1.8 | Nazwa banku i numer rachunku bankowego |  |
| 1.9 | Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania oświadczeń wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty. |  |
| **II. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** | | |
| 1. | Pełna nazwa przedsiębiorstwa podmiotu  leczniczego |  |
| 2. | Zgodność wyposażenia gabinetu  lekarskiego i gabinetu szczepień z  przepisami obowiązującymi w tym  zakresie |  |
| 3. | Posiadanie systemu komputerowego  do gromadzenia, przetwarzania i  przekazywania danych wraz z drukarką. |  |
| **III. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** | | |
| 1. | Lekarz spełniający warunki Narodowego  Funduszu Zdrowia w zakresie udzielania  świadczeń z dziedziny poz,  (wykaz imienny tych osób, kwalifikacje tych  osób) |  |
| 2. | Pielęgniarka poz z uprawnieniami do  wykonywania szczepień  (wykaz imienny tych osób, kwalifikacje) |  |
| 3. | Personel do obsługi organizacyjnej  programu odpowiedzialny za rejestrację  pacjentów, prowadzenie bazy danych  (wykaz imienny tych osób, kwalifikacje tych  osób) |  |
| **IV. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej w 2019 roku** | | |
| 1. | Cena jednostkowa brutto za wykonanie  pojedynczego świadczenia w ramach  programu polityki zdrowotnej |  |
| 1.1 | Słownie złotych: |  |
| 2. | Liczba możliwych do wykonania szczepień osób uprawnionych |  |
| 3. | Proponowany łączny koszt szczepień (iloczyn 1 i 2) |  |
| **V. Inne informacje dotyczące realizacji programu polityki zdrowotnej** | | |
| 1. | Miejsce realizacji świadczeń w ramach  programu polityki zdrowotnej (dokładny  adres, nr tel./ fax-u) |  |
| 2. | Dostępność do świadczeń w ramach  programu polityki zdrowotnej – należy  wymienić poszczególne dni tygodnia i  godziny realizacji świadczeń w ramach  programu  (co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w  godzinach popołudniowych co najmniej do godz. 17:00) |  |
| **VI. Działalność dotychczasowa** | | |
| 1. | Liczba osób > 65 r. ż. wpisanych na listę POZ |  |

Jednocześnie Oferent oświadcza, że wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

…………………………… ……………………………  
(miejscowość, data podpis i pieczątka osoby/osób   
 upoważnionych  
 do reprezentowania oferenta