Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 0050.60.2022 Wójta Gminy Jerzmanowa z dnia 25 kwietnia 2022 r.

**FORMULARZ OFERTOWY  
dotyczący realizacji programu "Profilaktyka chorób tarczycy wśród mieszkańców Gminy Jerzmanowa"**

1. Oferent (pełna nazwa):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................................

1. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu, adres e-mail oferenta:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................

1. Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację zadania:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................

1. Nazwisko i imię osoby (osób) odpowiedzialnej(nych) za realizację programu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................

1. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta oraz wpisu do właściwego rejestru zakładów opieki zdrowotnej – wymienić:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych programów profilaktycznych:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie m.in. liczba dni w tygodniu przyjęć, poradni endokrynologicznej oraz godziny w których będą przyjmowani pacjenci:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proponowana liczba świadczeń do wykonania przez świadczeniodawcę (liczba osób – pacjentów przyjmowanych dziennie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadania:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................

1. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście –, godziny; telefonicznie – numer, godziny):

…………………………………………………………………………………………...............................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................

1. Świadczenia zdrowotne będzie wykonywać personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego, który będzie realizował zamówienie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Zawód, stopień specjalizacji | Pozostałe informacje |
|  |  |  |  |

1. Kalkulacja kosztów zamówienia.

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia wraz z kalkulacją kosztów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | | **Liczba pacjentów** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity** |
| Świadczenie usług przez poradnię, w tym wynagrodzenie lekarzy specjalistów, obsługa administracyjna pacjentów | |  |  |  |
| Koszty badań ( w tym USG) | |  |  |  |
| Razem: |

Uwaga!

Podstawą wyboru oferty będą kryteria, o których mowa w załączniku nr 1 .

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. 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.
2. Jestem/nie jestem płatnikiem podatku VAT (\*niepotrzebne skreślić).
3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym  
   i faktycznym.

………………………………………………………………………………………….

podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji oferenta