Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 0050.110.2021  
Wójta Gminy Jerzmanowa  
z dnia 23 sierpnia 2021 r.

**FORMULARZ OFERTOWY  
dotyczący realizacji "Gminnego Programu profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia przeciwko HPV"**

1. Oferent (pełna nazwa), adres, kod pocztowy, telefon i faks, e-mail

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

2. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta

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

3. Nazwisko i imię osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu

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

4. Nazwisko i imię koordynatora programu ( telefon kontaktowy, adres e-mail)

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

5. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji programów zdrowotnych będących przedmiotem konkursu

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

6. Informacje o zrealizowanych w ciągu ostatnich trzech lat umowach w zakresie udzielania ponadpodstawowych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zawartych  
z jednostkami samorządu terytorialnego, wraz z referencjami potwierdzającymi rzetelne  
i terminowe wywiązanie się z tych umów

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

7. Data przewidywanego rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu (udzielania świadczeń)

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

8. Określenie miejsca i warunków udzielania świadczeń (pomieszczenia, aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności)

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

9. Szczegółowy opis działań w ramach realizacji programu, z uwzględnieniem wytycznych zawartych  
w Programie:

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

10. Kwota należności za realizację zadania

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

11. Szczegółowa kalkulacja kosztów

Koszt realizacji programu zdrowotnego w przeliczeniu na jedną osobę - ……………………………. zł,

w tym\*:

- …………………………………………………………….. - …………………………zł,

- …………………………………………………………….. - …………………………zł,

- …………………………………………………………….. - …………………………zł,

- …………………………………………………………….. - …………………………zł,

- …………………………………………………………….. - …………………………zł,

- …………………………………………………………….. - …………………………zł,

\* koszt szczepionki, badań lekarskich, materiałów, koszty pośrednie, inne – należy wymienić

Stawka za jednostkę rozliczeniową (1/3 kosztu realizacji programu na osobę) - ………………………. zł.

……………………………………… ………………………………………….

*data i miejsce sporządzenia oferty podpis osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu*

*Wymagane załączniki do oferty:*

1. *Wypis z właściwego rejestru,*

2. *Statut zakładu opieki zdrowotnej,*

3. *Zaświadczenie o nr NIP,*

4. *Zaświadczenie o nr REGON,*

5. *oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,*

6. *oświadczenie oferenta o spełnianiu wymagań, niezbędnych do realizacji programu zdrowotnego, określonych   
w ogłoszeniu,*

7. *oświadczenie oferenta zawierające informacje, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,*

8. *oświadczenie oferenta o zawarciu ubezpieczenia, o którym mowa art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.   
o działalności leczniczej(Dz.U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.) wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopią umowy ubezpieczenia i dowodami zapłaty składki.*

9. *referencje potwierdzające rzetelne i terminowe wywiązanie się z umów zawartych w ciągu ostatnich trzech lat zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego, w zakresie realizacji programów zdrowotnych lub udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.*