Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 0050.79.2025
Wójta Gminy Jerzmanowa
z dnia 30 maja 2025 r.

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

1. Oferent (pełna nazwa):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

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

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

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

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

9. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie. Należy podać daty wykonywanych badań oraz godziny w których będą przyjmowani pacjenci:

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

10. Proponowana liczba świadczeń do wykonania przez świadczeniodawcę. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................

11. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadania:

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

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

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

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

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

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

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

14. 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 |
|  |  |  |  |

14. Kalkulacja kosztów zamówienia.

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia wraz z kalkulacją kosztów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj kosztów  | Liczba pacjentów  | Koszt jednostkowy | Koszt całkowity  |
| Koszt badania USG w tym wynagrodzenie lekarza specjalisty |  |  |  |
| Koszty badań laboratoryjnych, obsługa pielęgniarska  |  |  |  |
| Razem: |  |

Uwaga!

Podstawą wyboru oferty będzie cena brutto ze realizację Programu.

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