

### FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru realizatora „Programu profilaktyki wad postawy dla uczniów klas IV szkół podstawowych z terenu Gminy i Miasta Drzewica na lata 2016-2018”.

|                                                                                                                                                            |                                                                                          |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| (pieczęć oferenta)                                                                                                                                         | Data wpływu oferty (wypełnia udzielający zamówienia)                                     |             |
| <b>I . DANE OFERENTA</b>                                                                                                                                   |                                                                                          |             |
| Pełna nazwa oferenta                                                                                                                                       |                                                                                          |             |
| Adres siedziby oferenta( zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)                                                                                          |                                                                                          |             |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ( lub innego właściwego rejestru/ ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu |                                                                                          |             |
| Nr NIP oferenta                                                                                                                                            |                                                                                          |             |
| Nr REGON oferenta                                                                                                                                          |                                                                                          |             |
| Telefon kontaktowy                                                                                                                                         | ( stacjonarny)                                                                           | (komórkowy) |
| FAX                                                                                                                                                        |                                                                                          |             |
| e-mail                                                                                                                                                     |                                                                                          |             |
| Nazwa banku i numer konta bankowego                                                                                                                        |                                                                                          |             |
| Do formularza ofertowego należy dołączyć ( potwierdzone za zgodność):                                                                                      | Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestr praktyk |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Kopię aktywnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Statut ( jeśli oferent taki posiada)                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Zaświadczenie o nr NIP                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Zaświadczenie o nr REGON                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Polisa bądź zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej          |  |
| Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnych za realizację programu oraz telefon kontaktowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |  |
| Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego oraz telefon kontaktowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |  |
| Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                              |  |
| II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |  |
| <p style="text-align: center;"><b>OŚWIADCZENIE</b></p> <p>Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadrę niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych „Programu profilaktyki wad postawy dla uczniów klas IV szkół podstawowych z terenu Gminy i Miasta Drzewica na lata 2016-2018”</p> <p style="text-align: center;">.....<br/>Podpis Oferenta</p> |                                                                                              |  |
| III. Informacje o materiałach wykorzystywanych do realizacji do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |  |
| 1.Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarka do gromadzenia, przetwarzania, przekazywania danych.                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                              |  |

| IV. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:                                                                                                                 |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)                                                                                                       |                  |
| Słownie złotych:                                                                                                                                                                               |                  |
| 2. a w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>Koszt badań przesiewowych wynosi (PLN/ brutto)</li> <li>Koszt jednostkowy akcji promocyjnej programu</li> </ul>                             | <br><br><br><br> |
| 3. Ilość osób objętych programem                                                                                                                                                               |                  |
| 4. Całkowity koszt realizacji programu ( liczba osób x koszt jednostkowy badania przesiewowego wraz z akcją promującą program( PLN brutto ) –w przypadku mniejszej ilości koszt będzie niższy. |                  |
| Słownie złotych:                                                                                                                                                                               |                  |

Jednocześnie oferent oświadcza , że

1. Zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, Regulaminem Konkursu, projektem umowy oraz „Programem profilaktyki wad postawy dla uczniów klas IV szkół podstawowych z terenu Gminy i Miasta Drzewica na lata 2016-2018”, realizowanym przez Gminę i Miasto Drzewica.
2. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w Regulaminie Konkursu.
3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Świadczenia zdrowotne w zakresie profilaktyki wad postawy u uczniów klas IV nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.
6. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenia Zamawiającego, zobowiązuje się do :
  - zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielenia świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - zabezpieczenie dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
  - udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi



metodami i środkami, respektującymi prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

- 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 zdrowotnego oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
- zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą ( w szczególności z uwzględnieniem dostępności świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń ).

.....  
miejsce, data

.....  
podpis i pieczęć przedstawiciela/li  
Oferty upoważnionych  
do reprezentowania oferty

#### Załączniki wymagane do oferty:

1. Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art.217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2015r. poz.618 z późn . zm.) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydane.
2. Kopia odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument potwierdzający/ -e m.in. status prawny oferty, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferty zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień- stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
3. Polisa bądź zobowiązanie oferty do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Statut oferty.
5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP.
6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
7. Certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych ( w szczególności w zakresie norm ISO i /lub akredytacji CMJ) ( jeśli oferta takie posiada).

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

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

Oferty, które nie odpowiadają warunkom opisanym powyżej będą ODRZUCONE.

.....  
miejsce, data

.....  
podpis i pieczęć przedstawiciela oferty