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

|  |
| --- |
|  ....................................................(pieczątka firmowa Oferenta) |
|  FORMULARZ OFERTYprogram 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 PodmiotówWykonujących 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 podmiotuleczniczego |  |
| 2. | Zgodność wyposażenia gabinetulekarskiego i gabinetu szczepień zprzepisami obowiązującymi w tymzakresie |  |
| 3. | Posiadanie systemu komputerowego  do gromadzenia, przetwarzania iprzekazywania danych wraz z drukarką. |  |
| **III. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** |
| 1. | Lekarz spełniający warunki NarodowegoFunduszu Zdrowia w zakresie udzielaniaświadczeń z dziedziny poz,(wykaz imienny tych osób, kwalifikacje tychosób) |  |
| 2. | Pielęgniarka poz z uprawnieniami dowykonywania szczepień(wykaz imienny tych osób, kwalifikacje) |  |
| 3. | Personel do obsługi organizacyjnejprogramu odpowiedzialny za rejestracjępacjentów, prowadzenie bazy danych(wykaz imienny tych osób, kwalifikacje tychosób) |  |
| **IV. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej w 2019 roku** |
| 1. | Cena jednostkowa brutto za wykonaniepojedynczego świadczenia w ramachprogramu 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 ramachprogramu polityki zdrowotnej (dokładnyadres, nr tel./ fax-u) |  |
| 2. | Dostępność do świadczeń w ramachprogramu polityki zdrowotnej – należywymienić poszczególne dni tygodnia igodziny realizacji świadczeń w ramachprogramu(co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz wgodzinach 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