Załącznik do Ogłoszenia Burmistrza Miasta Milanówka o przeprowadzeniu

konkursu ofert na wybór realizatora do wykonania szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób w wieku 65 lat i starszych zameldowanych w Milanówku posiadających zaświadczenia od lekarza pierwszego kontaktu o braku przeciwwskazań na wykonanie szczepienia w roku 2017.

**- wzór formularza-**

**FORMULARZ OFERTOWY**

do konkursu ofert na wybór realizatora do wykonania *Szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób w wieku 65 lat  i starszych zameldowanych w Milanówku posiadających zaświadczenia od lekarza pierwszego kontaktu o braku przeciwwskazań na wykonanie szczepienia w roku 2017*

1. Realizator (pełna nazwa):

…………………………………………………………………………………………………

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

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), numer telefonu i adres e-mail

realizatora:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

3. Numery wpisów do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego

rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

5. Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresu lokalu na terenie Milanówka, gdzie wykonywane będą szczepienia:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

6. Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane szczepienia :

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

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

7. Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

8**. Proponowana kwota jednostkowa brutto ….……… zł za 1 szczepienie** określone   
w ogłoszeniu konkursowym.

9. Liczba osób w wieku 65 lat i starszych zameldowanych na terenie Milanówka zarejestrowanych u Realizatora jako osoby korzystające z podstawowej opieki zdrowotnej …………………………………………………………………………………………………….

10. Realizacja oferty rozpocznie się od ………………………………………..……….2017 r.  
 i zakończy ………………………..………..2017 r.

……………………………………… …………..……………………………..

miejscowość, data Imię i nazwisko i podpis realizatora

lub osoby (osób) występujących

w imieniu realizatora

Do oferty należy dołączyć:

1. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący   
   o podstawie prawnej działalności podmiotu;
2. aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
3. dokument potwierdzający aktualną polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729);
4. oświadczenie o spełnieniu warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia   
   z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U.   
   z 2012 r. poz. 739);
5. oświadczenie o pełnej odpowiedzialność realizatora za zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz wymaganiach zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach.
6. oświadczenie o zbieraniu i przetwarzaniu danych osobowych wyłącznie w celu ochrony stanu zdrowia i zapewnić pełną gwarancję ochrony danych osobowych, zgodnie   
   z postanowieniami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj.: Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) i innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

**W przypadku załączników składanych w formie kserokopii, każda strona powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione i opatrzone datą.**

………………………………… …………………………………

*miejscowość, data, pieczęć, podpis realizatora*