

Załącznik numer 3
do Zarządzenia nr 18/2024
Kierownika Ośrodka
Pomocy Społecznej
w Kobylnicy
z dnia 25 listopada 2024 roku

Formularz ofertowy

dotyczący realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program profilaktyki zakażeń HPV w Gminie Kobylnica na lata 2023-2025”

1. Oferent (pełna nazwa)

.....
.....
.....

2. Adres siedziby, kod pocztowy, telefon i fax oferenta, adres e-mail

.....
.....
.....

3. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

.....
.....
.....

4. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....
.....
.....

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....

.....

.....

.....

7. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program

.....

.....

.....

.....

.....

8. Proponowana liczba świadczeń, możliwa do wykonania przez oferenta (liczba osób - adresatów programu, mieszkańców Gminy Kobylnica)

.....

.....

9. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu

.....

.....

.....

.....

10. Określenie miejsca realizacji programu oraz dni tygodnia i godzin udzielania świadczeń

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

12. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście – adres, godziny; telefonicznie – numer, godziny)

.....

.....

.....

.....

.....

13. Imienny wykaz personelu medycznego (w tym lekarza rodzinnego), który będzie realizował zamówienie, wraz z danymi na temat ich niezbędnych kwalifikacji, stażu pracy i doświadczenia zawodowego.

Imię i nazwisko	Zawód, stopień specjalizacji	Pozostałe informacje

Wykaz załączonych kserokopii: dokumenty potwierdzające stopień specjalizacji zawodowej, zaświadczenia, certyfikaty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

14. Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno-edukacyjną skierowaną do adresatów programu, w tym ich rodziców (prawnych opiekunów) w celu jak najpełniejszej realizacji zadania oraz zapewnienia powszechnego, równego dostępu do świadczeń osobom uprawnionym.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Jednostkowy koszt realizacji programu:

.....
.....
.....
.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zadeklarowana wyżej cena zawiera podatek VAT w należnej wysokości oraz wszystkie koszty składające się na wykonanie niniejszego zamówienia.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

16. Załącznikami do niniejszej oferty są:

.....
.....
.....
.....

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęcie osób
uprawnionych do reprezentacji oferenta

Załącznik nr 1 do oferty

Oświadczenie

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zakażeń HPV w Gminie Kobylnica na lata 2023-2025” po zapoznaniu się ze szczegółowymi warunkami ogłoszonego konkursu i informacjami o przedmiocie konkursu, a także po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji niżej podpisani reprezentujący oferenta oświadczamy, iż:

1. Uzyskałmy konieczne informacje i niezbędne dokumenty do przygotowania i złożenia oferty.
2. Jesteśmy podmiotem, który posiada odpowiednie przygotowanie, potencjał finansowy i kadrowy, który w momencie uzyskania zamówienia pozwala na jego realizację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Przedmiot konkursu zamierzamy realizować sami bez udziału podwykonawców.
4. Na niniejszą ofertę składa się..... kolejno ponumerowanych i podpisanych stron.
5. Uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego. W momencie podpisania umowy dostarczymy kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w całym okresie trwania umowy.

.....
miejscowość i data

.....
podpisy i pieczęcie osób
uprawnionych do reprezentacji oferenta

Załącznik nr 2 do oferty

Oświadczenie

Oświadczam, iż akceptuję treść załączonego projektu umowy na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zakażeń HPV w Gminie Kobylnica na lata 2023-2025”.

....., dnia

.....
podpis i pieczęć oferenta