*Załącznik nr 3*

*do Zarządzenia Nr 11/2023*

*Kierownika Ośrodka*

*Pomocy Społecznej*

*w Kobylnicy*

*z dnia 15 listopada 2023r.*

**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: **„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. Uzyskaliśmy 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