

.....  
(pieczęć oferenta)

**Oferta na realizację programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV  
w Gminie Skwierzyna na rok 2019-2020**

**I Dane Oferenta:**

1. Pełna nazwa:

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

2. Adres.....  
tel.....e-mail.....

3. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru sądowego (proszę załączyć aktualne wyciągi z rejestrów):

.....

4. NIP:.....

5. REGON:.....

6. Nazwa banku oraz nr konta bankowego:

.....  
.....

7. Kierownik placówki (imię, nazwisko, nr tel. kontaktowego):

.....

8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię, nazwisko, nr tel. kontaktowego):

.....

9. Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy na realizację programu:

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

## II Posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe zapewniające realizację programu:

1. Personel medyczny i pomocniczy zatrudniony przy realizacji programu:

imię i nazwisko	kwalifikacje zawodowe	rola w realizacji programu

2. Warunki lokalowe (krótki opis), tj. miejsce wykonywania szczepień oraz dokładny adres:

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

## III Kalkulacja kosztów realizacji programu:

1. Szczepienia przeciwko rakowi szyjki macicy szczepionką dziewięciowalentną o nazwie:

.....

a) kwota brutto za podanie jednej dawki szczepionki (tj. cena szczepionki + cena usługi obejmująca badanie kwalifikacyjne lekarskie, koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów.).....  
(słownie.....)

b) kwota brutto za wykonanie wszystkich szczepień w roku 2019, tj. 53 osoby x podanie 2 dawek szczepionki:  
.....  
(słownie.....)

c) kwota brutto za wykonanie wszystkich szczepień w roku 2020, tj. 65 osób x podanie 2 dawek szczepionki:  
.....  
(słownie.....)

Razem słownie złotych (brutto).....  
.....

2. Przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej i dystrybucja materiałów informacyjnych w formie ulotki bądź broszury na terenie Gminy Skwierzyna wśród rodziców/opiekunów prawnych uczniów w wieku 13 lat, nauczycieli oraz dziewcząt i chłopców urodzonych w 2006 i 2007 r. na temat zakażenia wirusem HPV oraz zapobiegania rakowi szyjki macicy, o zalecanych szczepieniach ochronnych, wskazujących na skuteczność szczepionki oraz zawierających elementy materiału edukacyjnego z zakresu czynników ryzyka zakażeń i zachorowań na raka szyjki macicy.

- a) kwota brutto za przeprowadzenie pełnej kampanii informacyjno – edukacyjnej w 2019r.....  
(słownie.....)
- b) kwota brutto za przeprowadzenie pełnej kampanii informacyjno – edukacyjnej w 2020r.....  
(słownie.....)
- c) kwota brutto za przeprowadzenie wszystkich kampanii informacyjno – edukacyjnych (2a + 2b).....  
(słownie.....)

3. Całkowity koszt brutto realizacji programu ( pkt 1c + 2c)

.....  
(słownie.....)

**\* IV Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu)**

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

\* Pole nieobowiązkowe

**\* V Dodatkowe informacje o realizacji programu mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:**

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

\* Pole nieobowiązkowe

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Skwierzyny o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programu,
2. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3. przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
  - a) zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielenia świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
  - c) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta,

- d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia,
- e) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą ( z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych).

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej do reprezentowania referenta)

\* Pole nieobowiązkowe

Załączniki:

1. kopia aktualnego wypisu z rejestru
2. kopia polisy ubezpieczenia OC
3. inne informacje jakie referent chce przedstawić (np. rekomendacje, dotychczasowe osiągnięcia itp.