Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 0050.16.2019

Burmistrza Skwierzyny z dnia 23 stycznia 2019r.

……………………………

(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:

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

1. Adres…………………………………………………………………………………………………

tel…………………………………e-mail……………………………………………………………..

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

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

1. NIP:…………………………………………………………………………………………………..
2. REGON:…………………………………………………………………………………..................
3. Nazwa banku oraz nr konta bankowego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Kierownik placówki (imię, nazwisko, nr tel. kontaktowego): ……………………………………………………………………………………………………….
5. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię, nazwisko, nr tel. kontaktowego):

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

1. Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy na realizacje 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. 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:

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

1. kwota brutto za podanie jednej dawki szczepionki (tj. cena szczepionki + cena usługi obejmująca badanie kwalifikacyjne lekarskie, koszty utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów.)………………………………………………………………………… (słownie…………………………………………………………………………………………)
2. kwota brutto za wykonanie wszystkich szczepień w roku 2019, tj. 53 osoby x podanie 2 dawek szczepionki: ………………………………………………………………………………………………….. (słownie…………………………………………………………………………………………)
3. kwota brutto za wykonanie wszystkich szczepień w roku 2020, tj. 65 osób x podanie 2 dawek szczepionki: ………………………………………………………………………………………………….. (słownie…………………………………………………………………………………………)

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

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

1. 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.
2. kwota brutto za przeprowadzenie pełnej kampanii informacyjno – edukacyjnej w 2019r.……………………………………………………………………………………(słownie…………………………………………………………………………………………)
3. kwota brutto za przeprowadzenie pełnej kampanii informacyjno – edukacyjnej w 2020r.……………………………………………………………………………………(słownie…………………………………………………………………………………………)
4. kwota brutto za przeprowadzenie wszystkich kampanii informacyjno – edukacyjnych (2a + 2b)………..………………………………………………………………………

(słownie…………………………………………………………………………………………)

1. 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:
4. zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych   
   i uprawnieniach do udzielenia świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
5. zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
6. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta,
7. utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone   
   w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia,
8. 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 pieczątka 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.