

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(miejscowość i data)

OFERTA

na realizację świadczenia zdrowotnego polegającego na wykonaniu szczepienia ochronnego dwiema dawkami szczepionki dwuwalentnej przeciwko wirusowi HPV, na terenie Gminy Górzycy, wraz z dostawą szczepionki, w 2017 roku.

I. Dane oferenta:

1) Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....
.....

2) Siedziba zakładu :

.....

3) Tel.:, fax.: e-mail:

4) Data i numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ ewidencji) wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu :

.....

NIP:, REGON:

Numer konta bankowego:

.....

6) Osoba (osoby) upoważniona/e do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu (w tym do podpisania umowy).....

.....

7) Osoba do kontaktu odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, numer telefonu):.....

Proponowany czas trwania umowy.....

II. Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresu lokalu (lokal) na terenie Gminy Górzycy, gdzie będą wykonywane szczepienia

.....

.....

.....

III. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji usługi

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Informacje na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia
(wykaz stanowiskowy z określeniem kwalifikacji):

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

V. Kalkulacja cenowa:

- 1) cena jednej dawki szczepionki dla jednej osoby brutto :
- 2) proponowana całkowita cena realizacji świadczenia (brutto)

VI. Proponowany termin realizacji zamówienia.....

VII. Oświadczam, że:

1. zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego polegającego na wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko wirusowi HPV, na terenie Gminy Górzycy wraz z dostawą szczepionki.
2. jestem 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 będzie realizowany samodzielnie, bez udziału podwykonawców.
4. pomieszczenia, w których będą realizowane świadczenia odpowiadają wymaganiom określonym przez przepisy prawa,
5. w razie wybrania oferty naszego podmiotu, zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego.
6. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej wykonywanych usług medycznych objętych ofertą.
7. nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne,

Miejscowość, data, imię, nazwisko (pieczęć) i podpis oferenta lub osoby(osób)
występującej(ych) w imieniu oferenta.

.....
Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e)
do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

Do oferty należy dołączyć:

1. aktualny odpis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej (lub innego właściwego rejestru / ewidencji)
2. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej potwierdzające status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji podmiotu,
3. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia,
4. dokument potwierdzający posiadanie tytułu prawnego do lokalu, w którym będą realizowane świadczenia.
5. kopia aktualnych polis zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV wraz z kopiami dowodów uiszczenia składek należnych do dnia składania oferty;

Kserokopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczętkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania oferenta.