

.....  
(Pieczęć oferenta)

.....  
(Miejscowość i data)

## FORMULARZ OFERTY

Dotyczący wyboru na lata 2017 i 2018 realizatora programu polityki zdrowotnej p.n. „Program zdrowotny w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV na lata 2017-2018”.

### I DANE OFERENTA

1. Nazwa i siedziba podmiotu działalności

lecniczej: .....

2. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

3. Numer NIP: .....

4. Numer REGON: .....

5. Nazwa banku i numer konta bankowego: .....

6. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą

7. Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię, nazwisko, nr tel.)

8. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie umowy (imię, nazwisko, nr tel.)

9. Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię, nazwisko, nr tel.)

### II WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE W SPRZĘT DO REALIZACJI ZADANIA

1. Pomieszczenia:

	Liczba	Tak *	Nie*
Pomieszczenia do wykonywania szczepień			
Wydzielona rejestracja			

Gabinet lekarski			
------------------	--	--	--

\* Zaznaczyć właściwe

2. Aparatura i sprzęt medyczny:

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

3. Sposób przeprowadzenia kampanii edukacyjno - informacyjnej:

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

### III KWALIFIKACJE OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROGRAMIE

L.p	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe

### IV KALKULACJA KOSZTÓW

Stawki winny być podane w kwotach brutto

Ilość dziewczynek do zaszczepienia - .....

1.	Cena jednostkowa usługi za podanie jednej dawki szczepionki (tj. koszt szczepionki, koszt badania wstępnego, koszt edukacji uczestników, koszt materiałów jednorazowego użytku, koszt z tytułu opłat, koszt wynagrodzeń dla personelu itp.).	Kwota brutto

2.	Cena cyklu szczepień – pakietu (podanie trzech dawek szczepionki dla 1 dziewczynki x cena jednostkowa usługi)	Kwota brutto
3.	Całkowity koszt wszystkich szczepień (liczba dziewcząt do zaszczepienia x cena cyklu szczepień dla 1 osoby)	Kwota brutto

#### V INFORMACJE O UŻYTEJ SZCZEPIONCE

Nazwa:.....

Rok produkcji.....

Nazwa producenta szczepionki.....

#### VI PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY

.....  
 .....

#### VII PODPISY OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA:

#### Załączniki – 6:

1. Kserokopia aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
2. Kserokopia aktualnego wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu,
3. Kserokopia statutu podmiotu działalności leczniczej,
4. Kserokopia zaświadczenia o nr NIP,
5. Kserokopia zaświadczenia o nr REGON,
6. Kserokopia polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.