Załącznik nr 2

do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej   
z zakresu szczepień przeciwko grypie sezonowej jako profilaktyki zachorowań w populacji osób   
w wieku 65 lat i więcej z powiatu kartuskiego na lata 2020-2024” w 2020 r. w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych

**OFERTA NA REALIZACJĘ**

**„Programu polityki zdrowotnej z zakresu szczepień przeciwko grypie sezonowej jako profilaktyki zachorowań w populacji osób w wieku 65 lat i więcej z powiatu kartuskiego na lata 2020-2024” w 2020 r. w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych**

**I. Dane dotyczące Oferenta**

1. Pełna nazwa Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) – miejscowość, ulica   
i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

3. Status prawny Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

|  |
| --- |
|  |

5. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

|  |
| --- |
|  |

6. Nr identyfikacyjny NIP:

|  |
| --- |
|  |

7. Nr identyfikacyjny Regon:

|  |
| --- |
|  |

8. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli   
w imieniu Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

9. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

|  |
| --- |
|  |

10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

|  |
| --- |
|  |

11. Miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych wraz ze wskazaniem podwykonawców, jeżeli dotyczy):

|  |
| --- |
|  |

12. Informacja o spełnieniu wymogów obowiązujących w zakresie gabinetów diagnostyczno-zabiegowych

|  |
| --- |
|  |

13. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Posiadane kwalifikacje | Zakres wykonywanych zadań w ramach Programu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**II. Informacje o programie**

1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

|  |
| --- |
|  |

2. Planowana liczba uczestników Programu:

|  |
| --- |
|  |

**III. Kosztorys Programu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres jednego świadczenia obejmuje: | Koszt jednostkowy za przeprowadzenie działań wymienionych w punktach od 1 do 7 (kwota brutto w zł) |
| 1. | Zakup szczepionki dostępnej na polskim rynku i dopuszczonej do stosowania w Polsce, aktualnej w sezonie epidemiologicznym 2020/2021 oraz jej przechowywanie zgodnie z obowiązującymi przepisami  i zaleceniami producenta. |  |
| 2. | Przeprowadzenie badania lekarskiego przez lekarza kwalifikującego do szczepienia. |
| 3. | Wykonanie szczepienia z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych. |
| 4. | Prowadzenie rejestracji uczestników programu. |
| 5. | Prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepienia ochronnego danej osoby (m.in. wypełnienie zaświadczenia  o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnymw ramach Programu, karty szczepienia uczestnika Programu). |
| 6. | Edukacja pacjenta przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej podczas wizyty kwalifikującej do zaszczepienia oraz pielęgniarkę przed wykonaniem szczepienia w zakresie: korzyści wynikających ze szczepień przeciwko grypie, zachowania podstawowych zasad higieny, objawów charakterystycznych dla grypy oraz postępowania w sytuacji wystąpienia ewentualnych odczynów poszczepiennych. |
| 7. | Przeprowadzenie wśród uczestnika Programu ankiety oceny jakości świadczeń wykonywanych w ramach realizacji Programu – ankieta stanowi załącznik nr 3 do Programu. |

**IV. Doświadczenie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Doświadczenie Oferenta  w realizacji programów polityki zdrowotnej (rodzaje programów, zleceniodawca programu) |  |

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1.Gwarantuje bezpieczeństwo planowanych interwencji, pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak i również w zakresie poszanowania praw pacjenta,   
w tym w szczególności w odniesieniu do danych osobowych i tajemnicy lekarskiej.

2. Interwencje będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i będą sprawdzane klinicznie.

3. Dane medyczne i dane osobowe, które będą gromadzone w bazie danych niezbędnej do realizacji zadania, w tym w zakresie monitoringu i ewaluacji będą chronione zgodnie   
z obowiązującymi przepisami prawa.

4. Wykonywanie procedur związanych ze szczepieniem będzie ubezpieczane na zasadach ogólnych, w ramach OC z tytułu prowadzonej działalności.

5. Zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora Programu oraz załącznikami do ww. ogłoszenia.

6. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

7. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje.

8. Spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).

………………………………. ……………………………...

pieczątka firmowa Oferenta podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do reprezentowania Oferenta

Załączniki:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument informujący o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących.

3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).

4. Kopia aktualnej polisy zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej   
w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.

5. W przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji Oferenta niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji – dokument potwierdzający upoważnienie do działania w imieniu Oferenta.

6. Inne dokumenty mogące mieć wpływ w ocenie Oferenta na merytoryczną wartość składanej oferty.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

2. Załączniki muszą spełniać wymogi ważności, tzn. muszą być podpisane przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli i spełniać następujące warunki:

1) w przypadku załączników składanych w formie kserokopii każda strona załącznika winna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione,

2) jeżeli osoby uprawnione nie dysponują pieczątkami imiennymi każda strona winna być podpisana pełnym imieniem i nazwiskiem z zaznaczeniem pełnionej funkcji,

3) każda strona powinna być opatrzona datą potwierdzenia zgodności z oryginałem.