

## OFERTA KONKURSOWA

**dotycząca realizacji Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego**

**(HPV 6, 11, 16 i 18 ) w Gminie Wolsztyn w 2015 roku**

1. Oferent (pełna nazwa):

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

2. Adres siedziby (zgodnie z wpisem z właściwego rejestru), kod pocztowy,  
numer telefonu i faksu, adres e-mail oferenta:

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

3. Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację programu:

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

4. Nazwisko i imię pełnomocnika składającego ofertę (numer telefonu  
kontaktowego):

.....  
.....

5. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nich za realizację programu:

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

7. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa organu dokonującego wpisu i data wpisu, np. KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność) oraz wpisu do właściwego rejestru zakładów opieki zdrowotnej:

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

8. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub innych działań profilaktycznych:

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

9. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program:

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

10. Proponowana liczba świadczeń do wykonania przez Zleceniobiorcę (liczba osób- adresatów programu):

.....  
.....

11. Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji programu:

.....  
.....

12. Określenie warunków udzielania świadczeń (aparatura i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności):

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

13. Zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie:

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

14. Określenie sposobu rejestracji (umawiania) pacjentów (osobiście-adres, godziny, telefonicznie – numer telefonu, godziny) :

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



b) Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (3 –krotne podanie szczepionki):..... zł brutto,

c) Szacunkowa ilość dziewczynek urodzonych 2001r.....

d) Całkowity koszt realizacji programu (brutto) .....zł.

**Oświadczenie:**

1) Zobowiązuję się (w przypadku wyboru oferty) do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania.

2) Jestem/nie jestem płatnikiem podatku VAT (niepotrzebne skreślić).

3) Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

.....

.....

Podpisy i pieczęcie osób uprawnionych do reprezentacji oferenta