

Załącznik Nr 1
do Szczegółowych warunków
konkursu ofert na realizację
„Programu profilaktyki zakażeń
pneumokokowych w Łodzi” w 2019 r.

.....
Pieczęć oferenta

**Formularz oferty na realizację
„Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Łodzi”
w 2019 r.**

I. Informacje o ofercie	
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail
3.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
4.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego / CEIDG
5.	NIP
6.	Numer konta bankowego
7.	Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., e-mail)
8.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., e-mail)
9.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., e-mail)
II. Lokalizacja:	
Planowane miejsce/miejsca realizacji szczepień (adres, pok., tel., e-mail)	
III. Informacje o personelu medycznym wykonującym szczepienia	
1.	Lekarz kwalifikujący do szczepień (liczba osób, staż) – specjalizacja (rok)
2.	Pielęgniarka z uprawnieniami do szczepień (liczba osób)
IV. Plan rzeczowo-finansowy	
1.	Proponowana liczba szczepień, którą oferent może wykonać w ramach programu w 2019 r.
2.	Proponowana cena jednostkowa brutto oferowanych usług (obejmująca koszty szczepionki 13-walentnej, badania lekarskiego, usługi pielęgniarskiej, koszty materiałowe, koszty inne)

V. Inne informacje	
1.	<p>Doświadczenie w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych (wg definicji art. 5 pkt 29a i 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego lub Ministra Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie trzech ostatnich lat.</p> <p>Jeśli TAK, to proszę podać:</p> <p>a) nazwa programu;</p> <p>b) kto finansował badania?</p> <p>c) jaką populację objęto badaniami?</p>
	2018 r. –
	2017 r. –
	2016 r. -
2.	Czy istnieje możliwość umawiania terminu szczepień w ramach zadania (tel., godz.)
3.	Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji szczepień w ramach zadania.

.....
*Podpis kierownika
 podmiotu leczniczego*