

Załącznik Nr 1
do szczegółowych warunków konkursu
ofert na realizację „Programu Szczepień
Ochronnych Łodzian Przeciw Grypie”
w 2019 r.

.....
Pieczęć oferenta

**Formularz oferty na realizację
„Programu Szczepień Ochronnych Łodzian Przeciw Grypie”
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., email)
8.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., email)
9.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., email)
II. Lokalizacja:	
Planowane miejsce/miejsca realizacji szczepień (adres, dzielnica, pok., tel., email)	
III. Informacje o personelu medycznym wykonującym szczepienia	
1.	Lekarz kwalifikujący do szczepień (liczba osób, staż) – specjalizacja (rok)
2.	Pielęgniarka z uprawnieniami do szczepień
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 czterowalentnej, badania lekarskiego, usługi pielęgniarskiej, koszty materiałowe, koszty inne)

V. Inne informacje	
1.	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. Jeśli TAK, to proszę podać: a) nazwa programu; b) kto finansował badania? c) jaką populację objęto badaniami?
	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 na rzecz zadania.

.....
*Podpis kierownika
 podmiotu leczniczego*