

Załącznik Nr 1
do szczegółowych warunków konkursu
ofert na realizację „Programu polityki
zdrowotnej w zakresie szczepień
przeciw grypie w Łodzi dla osób
w wieku 65 lat i więcej” w 2023 roku

.....
Pieczęć oferenta

**Formularz oferty na realizację
„Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw grypie
w Łodzi dla osób w wieku 65 lat i więcej” w 2023 roku**

I. Informacje o oferencie	
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, dzielnica, pok., tel., e-mail)
(do oferty oferent zobowiązany jest załączyć dokument potwierdzający prawo dysponowania lokalem, w którym będą przeprowadzane szczepienia – nie dotyczy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Miasto Łódź)

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 2023 r.
----	--

2.	Proponowana cena jednostkowa brutto oferowanych usług (obejmująca koszty szczepionki czterowalentnej, badania lekarskiego, usługi pielęgniarstwa, koszty materiałowe oraz inne koszty ujęte w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw grypie w Łodzi dla osób w wieku 65 lat i więcej”)	
----	---	--

V. Inne informacje		
1.	Doświadczenie w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych (wg definicji art. 5 pkt 29a i 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) na zlecenie 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?	2022 r. – 2021 r. – 2020 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*