

**Załącznik nr 2** do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2017 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV)

.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

**„Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”  
w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV)**

**dla mieszkańców samorządu .....**

### ***1. 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. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

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

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny Regon:

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

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

|  |
|--|
|  |
|--|

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

|  |
|--|
|  |
|--|

10. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

|  |
|--|
|  |
|--|

11. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

|   |  |
|---|--|
| diagnosta laboratoryjny<br><br>(wykaz imienny, kwalifikacje,<br>forma współpracy z Oferentem)     |  |
| technik analityki medycznej<br><br>(wykaz imienny, kwalifikacje,<br>forma współpracy z Oferentem) |  |

12. Wyposażenie laboratorium:

|  |
|--|
|  |
|--|

13. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu oraz środki transportu i łączności:

|  |
|--|
|  |
|--|

## II. Informacje o programie

1. Planowana liczba uczestników programu zgodnie z załącznikiem nr 1 do ogłoszenia:

|  |
|--|
|  |
|--|

2. 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, informacje dot. możliwości pobierania krwi na terenie danego samorząd:

|  |
|--|
|  |
|--|

## III. Plan finansowy – Przewidywane koszty zadania

| I.p. | Świadczenie  | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy (cena brutto w zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity (kwota brutto w zł) |
|------|--|-----------------|--------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| 1.   | Przeprowadzenie badań diagnostycznych krwi w kierunku HBsAg*                 |                 |                                      | badanie      |                                     |
| 2.   | Przeprowadzenie badań diagnostycznych krwi na obecność przeciwciał anty-HCV* |                 |                                      | badanie      |                                     |
| 2.   | Ogółem:  |                 |                                      |              |                                     |

\* W ramach przeprowadzania badań diagnostycznych krwi Oferent zobowiązany jest do wypełnienia kwestionariusza uczestnika i formularza dot wyniku badania.

#### **IV. Informacje dodatkowe.**

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia (rodzaje programów, termin realizacji, zlecniodawca programu) |  |
|----|--|--|

#### **Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz załącznikami do ww. ogłoszenia,
2. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
3. osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
4. wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

.....  
podpis i pieczętka osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta

#### **Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopię wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopię rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo – rozwojowych itp.).
2. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
5. upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
7. oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców,
8. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

#### **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. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
3. Załączniki przedstawione przez Oferenta, stanowiące składowe części oferty, powinny być ponumerowane.
4. Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów placówki.

