

**Załącznik nr 2** do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2018 roku realizatorów 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  (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
technik analityki medycznej  (wykaz imienny, kwalifikacje, 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 anti-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. spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 lub odpowiednio art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 poz. 160).
5. wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych,
6. jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie byłam/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z środkami publicznymi oraz nie byłam/em skazana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
7. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
8. podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
9. kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

.....  
podpis i pieczęć 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,

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.