

.....
(pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTY

**na realizację „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-13 lat na lata 2018 – 2020”
w Gminie Zbąszynek realizowanego w 2018 r.**

I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa:

.....
.....

2. Adres
tel. fax E-mail

3. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru sądowego (proszę załączyć aktualne wyciągi z rejestrów):

.....

4. NIP

5. Regon

6. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię i nazwisko, nr telefonu kontaktowego):

.....

II. Posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe zapewniające realizację programu:

1. Personel medyczny i pomocniczy zatrudniony przy realizacji programu:

Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji programu

2. Warunki lokalowe tj. miejsce wykonywania świadczeń leczniczych(dokładny adres):

.....

.....

III. Kalkulacja kosztów realizacji programu

zadanie			koszt
1. cykl 2 wykładów - dla rodziców i dzieci oraz nauczycieli			
Wyszczególnienie świadczenia	Planowana liczba uczniów rocznik 2006 w Gminie Zbąszynek	Cena (brutto w zł)	Wartość świadczenia
1	2	3	4=(2x3)
2. Badanie przeglądowe jamy ustnej wraz z lakowaniem bruzd na powierzchniach żujących zębów "7" – dwa zęby	92		
Koszt ogółem (1+2)			

Słownie złotych (brutto)

IV. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu)

.....
.....
.....

V. Dodatkowe informacje o realizacji programu mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty (np. doświadczenie oferenta dotyczące realizacji programów profilaktycznych w zakresie objętym przedmiotem konkursu, zdolność organizacyjna sprawnego przeprowadzenia świadczeń leczniczych, informację o kwalifikacjach personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu, propozycję działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących zapobiegania próchnicy):

.....
.....
.....
.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Zbąszynka o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programu,
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3. Przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
 - a) Zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b) Zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
 - c) Udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - d) Utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego,
 - e) Zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych).

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej
do reprezentowania oferenta)

Załączniki:

- 1) Kopia aktualnego wypisu z rejestru
- 2) Kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- 3) Inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. rekomendacje, dotychczasowe osiągnięcia dokumentacja prasowa dot. działalności itp.)