Załącznik Nr 3 do ogłoszenia o konkursie

Pieczątka firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu szczepień przeciw grypie na lata 2018-2021 w 2020 roku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytanie do oferenta** | **Odpowiedź oferenta** |
| **I. Dane o oferencie** |
| 1. | Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail |  |
| 3. | Nazwa podmiotu, który utworzył zakład |  |
| 4. | Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody |  |
| 5. | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów |  |
| 6. | NIP |  |
| 7. | Regon |  |
| 8. | Numer konta bankowego |  |
| 9.  | Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 10.  | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 11. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| **II. Liczba pacjentów** |
|  | Liczba pacjentów w wieku powyżej 55 roku życia (urodzonych do dnia 31 grudnia 1964 r. znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta |  |
| **III. Informacje o personelu medycznym realizującym program** |
| 1. | Lekarze poz (liczba osób, specjalizacja) |  |
| 2. | Liczba pielęgniarek z ukończonym kursem szczepień |  |
| **IV. Plan rzeczowo-finansowy** |
| 1.  | Proponowana liczba szczepień, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2020 roku z wyszczególnieniem:- Pacjenci z listy aktywnej poz |  |
| - Pacjenci z innych poz z terenu Miasta i Gminy Daleszyce |  |
| - Łączna liczba pacjentów |  |
| 2. | Cena jednostkowa szczepienia (badanie przez lekarza poz, usługa szczepienia wraz ze szczepionką) |  |
| 3. | Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej:- badanie przez lekarza poz,- usługa szczepienia ze szczepionką |  |
| 4.  | Koszt całkowity usługi (liczba badań x cena jednostkowa) |  |
| **V. Inne informacje** |
| 1. | Sposób doboru i powiadamiania pacjentów znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta |  |
| 2. | Sposób doboru i powiadamiania pacjentów z innych poz z terenu Miasta i Gminy Daleszyce |  |
| 3. | Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu? (nr tel., godz.) |  |
| 4.  | Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań, wyłącznie na rzecz programu |  |
| 5. | Lokalizacja:a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax)b) dojazd |  |
| 6.  | Czy w zakładzie opieki zdrowotnej znajduje się gabinet szczepień? |  |

Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej …………………………………………………………………… spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację programu szczepień przeciw grypie na lata 2018-2021 w 2020 roku.

Podpis kierownika (dyrektora) zakładu