

Urząd Miasta Lublin
Wydział Zdrowia i Profilaktyki
 tel. 081 466 34 00 fax: 081 466 34 01

.....
Pieczętka oferenta

Formularz ofertowy

do konkursu na wybór realizatorów programu profilaktyki
 zakażeń pneumokokowych u osób powyżej 65 roku życia w 2022 roku

Lp.	I. DANE OFERENTA		
1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)		
2.	Adres wraz z kodem pocztowym,		
	Numer tel:	Numer faksu:	E-mail:
3.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta (nr tel. komórkowego)		
4.	Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność lecniczą		
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego		
6.	NIP		
7.	Regon		
8.	Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)		
10.	Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)		
11.	Nazwa banku		
12.	Numer konta		

II. WARUNKI LOKALOWE**III. PODSTAWOWE INFORMACJE O APARATURZE I SPRZĘCIE MEDYCZNYM DO REALIZACJI PROGRAMU****IV. PODSTAWOWE INFORMACJE O ZAPEWNIENIU DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ, CYFROWEJ ORAZ INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNEJ OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI (np: winda, podnośnik, pochylnia, miejsce parkingowe)****V. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB REALIZUJĄCYCH PROGRAM****Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych u osób powyżej 65 roku życia w 2022 roku**

Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki	Kwalifikacje zawodowe

VI. DNI I GODZINY REALIZACJI PROGRAMU NIE POWODUJĄCE KOLIZJI Z DZIAŁALNOŚCIĄ NIE OBJĘTĄ UMOWĄ, KTÓRA ZOSTANIE ZAWARTA Z GMINĄ LUBLIN NA REALIZACJĘ NINIEJSZEGO PROGRAMU

VII. PROPONOWANY TERMIN REALIZACJI PROGRAMU W 2022 roku

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych u osób powyżej 65 roku życia

VIII. KALKULACJA KOSZTÓW

Liczba osób powyżej 65 roku życia zapisanych do podmiotu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Proponowana liczba osób do zaszczepienia

Proponowany koszt 1 dawki szczepienia w zł

Łączny koszt realizacji programu w zł (proponowana liczba osób x cena 1 dawki szczepienia)

Lublin, dn.....

.....
*Podpis i pieczętka osoby/osób
upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*

Uwaga!

1. Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
2. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
3. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
4. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
5. Do oferty należy dołączyć oświadczenia i dokumenty wymienione w „Szczegółowych warunkach konkursu”.

.....
Pieczętka oferenta

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
2. Oświadczam, że „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych u osób powyżej 65 roku życia” będzie realizowany w pomieszczeniach

.....
(nazwa podmiotu leczniczego - oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019, poz. 595 z późn. zm.).

3. Oświadczam, że.....

(nazwa podmiotu leczniczego - oferenta)

realizuje świadczenia zdrowotne w rodzaju POZ na podstawie umowy nr....., z dnia
podpisanej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Termin realizacji umowy

4. Oświadczam, pod groźbą odpowiedzialności karnej, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Lublin, dn.

.....
*Podpis i pieczętka osoby/osób
upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*