*Załącznik nr 1 do Ogłoszenia*

*Wójta Gminy Michałowice*

***z dnia 18 września 2020 r.***

|  |
| --- |
| **Urząd Gminy Michałowice Reguły, ul. Aleja Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice** |

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

*Pieczątka firmowa Realizatora*

**Formularz ofertowy do konkursu ofert na wybór realizatora szczepień profilaktycznych przeciwko grypie na rok 2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **I. DANE REALIZATORA** | | | | |
| 1. | Pełna nazwa Realizatora  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  | | | |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym, |  | | | |
| Numer tel: | | Numer faksu: | E-mail: |
| 3. | Osoba(y) upoważniona(e)  do reprezentowania Realizatora |  | | | |
| 4. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  | | | |
| 5. | 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. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ** | | | | | |
| Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu | | Kwalifikacje zawodowe | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **III. OBSZAR OBJĘTY SZCZEPIENIEM** | | | | | |
|  | | | | | |
| IV. KALKULACJA KOSZTÓW | | | | | |
| Proponowany koszt wykonania 1 dawki szczepienia w zł | | |  | | |
|  | | |  | | |
| **V. Działalność Dotychczasowa** | | | | | |
| Liczba osób urodzonych przed 1 stycznia 1961 r. Wpisanych na listę POZ | | |  | | |
| Liczba szczepień przeciw grypie wykonanych w 2017, w 2018 i 2019 r. dla osób w ramach umowy z Gminą Michałowice | | |  | | |
| Liczba szczepień przeciw grypie wykonanych w 2017, 2018 i 2019 r. dla osób powyżej 60 r. ż. (nieobjętych umową z gminą) | | |  | | |

........…………….. ...........……………………………………

Miejscowość, data Podpis i pieczątka osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji osób

**Uwaga!**

1. Realizator nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
2. Wszystkie miejsca, w których Realizator 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 „Ogłoszenie konkursu ofert na wybór realizatora szczepień profilaktycznych przeciwko grypie na rok 2020”.

…………........................................

*Pieczątka firmowa Realizatora*

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora szczepień profilaktycznych przeciw grypie na rok 2020.
2. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach

……………………………………………………………………………………………...

(nazwa podmiotu leczniczego – Realizatora)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą(Dz. U. z 2019 r. poz. 595).

……………, dn. ....................... .........………………………………….

*Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*