

## OFERTA

**na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla dziewczynek z rocznika 2007, 2008 i 2009 zamieszkałych na terenie Gminy Strzelin”**

### I. Dane dotyczące oferenta.

1. Nazwa oferenta:

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

2. Adres siedziby:

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

3. Numer wpisu:

a) do rejestru zoz – w przypadku oferentów, o których mowa w art. 100 i 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2003 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711):

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

b) imię i nazwisko oraz numer wpisu do właściwego rejestru, oznaczenie organu dokonującego wpisu w odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 106 ww. ustawy:

.....  
.....

4. Inne dane o ofercie:

a) imię i nazwisko oraz nr telefonu, faksu:

- dyrektora/kierownika podmiotu:

.....  
.....

- osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad Programem:

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

b) nazwa banku i numer konta bankowego:

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

c) NIP: .....

d) REGON: .....

## **II. Kalkulacja kosztów zamówienia.**

1. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia wraz z kalkulacją elementów należności i kalkulacją kosztów jednego szczepienia:

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

2. Całkowity koszt oferty:

a) zakup szczepionki: .....

b) kampania informacyjno-edukacyjna: .....

c) realizacja szczepień, w tym:

.....  
.....

- kwalifikacyjne badanie lekarskie:

.....  
.....

- podanie szczepionki:

.....  
.....

- inne koszty realizacji zamówienia (np. działania informacyjno – edukacyjne, administracyjno – biurowe, itp.):

.....  
.....

**RAZEM KOSZT SZCZEPIENIA 1 OSOBY:**

.....

*Szczegółowy opis przebiegu realizacji zadania stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Oferty.*

**III. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu.**

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

**IV. Miejsce i czas realizacji zadania.**

.....  
.....

**V. Warunki lokalowe.**

Oferent oświadcza, że spełnia warunki lokalowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 595 z późn. zm.) lub innymi aktami prawnymi.

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

**VI. Wykaz osób przewidzianych do realizacji zadania wraz z kopiami dokumentów kwalifikacyjnych):**

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

*(l.p., imię i nazwisko, realizowane zadanie, kwalifikacje zawodowe, numer prawa do wykonywania zawodu, inne dokumenty uprawniające do realizacji świadczeń)*

**Szczegółowy opis przebiegu realizacji zadania**

**1. Tytuł zadania.**

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

**2. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania.**

.....  
.....

**3. Rozpoznanie/zidentyfikowanie problemu.**

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

**4. Cel główny.**

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

**5. Cele szczegółowe.**

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

**6. Zadania pozwalające osiągnąć cel główny.**

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

**7. Formy, metody realizacji zadań.**

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

**8. Metody ewaluacji (narzędzia oceny skuteczności i jakości wykonywanych zadań)**

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

**9. Inne wymogi/informacje dotyczące realizacji Programu:**

a) dostępność do świadczeń (dni tygodnia, godziny)

.....  
.....

b) sposób naboru uczestników Programu:

.....  
.....

c) sposób rejestrowania i przyjmowania zainteresowanych:

.....  
.....

d) propozycja działań promocyjno – edukacyjnych (materiały informacyjne, sposoby przekazu itp.):

.....  
.....

.....  
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej)