

## Oferta

na świadczenia zdrowotne w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, wśród dziewcząt rocznika na 1999 zameldowanych na pobyt stały na terenie Miasta i 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 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.nr 112,poz.654)

.....  
.....

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 numer telefonu, faksu

- dyrektora/ kierownika podmiotu

.....  
.....

- osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia

.....  
.....

b/ nazwa banku i numer konta bankowego

.....  
.....

c/ NIP .....

d/ REGON .....

### II. Kalkulacja kosztów zamówienia.

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia wraz z kalkulacją elementów należności i kalkulacją kosztów jednego szczepienia ( w pełnych złotych).

Elementy należności dla ..... dzieci

(zakładana liczba dzieci objętych świadczeniem)

Koszt szczepienia jednego

dziecka

Całkowity koszt

oferty

Zakup szczepionki

Realizacja szczepień, w tym:

a/ kwalifikacyjne badanie lekarskie

b/ podanie szczepionki

c/ utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów

.....  
.....

.....  
.....

Inne koszty realizacji zamówienia ( np. działania promocyjno edukacyjne , administracyjno- biurowe, itp.)

RAZEM

III. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

IV. Miejsce i czas realizacji zadania:

V. Warunki lokalowe, zgodność z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 31 poz.158) lub innymi aktami prawnymi.

VI. Wykaz osób przewidzianych do realizacji zadania:

( wraz z kopiami dokumentów kwalifikacyjnych)

Lp.	Imię i nazwisko	Realizowane zadanie	Kwalifikacje zawodowe	Numer prawa wykonywania zawodu	Inne dokumenty
		Uprawniające do realizacji świadczeń			

## O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zapoznałem/AM się i zgadzam się z warunkami zawartymi w treści ogłoszenia o konkursie ofert na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy wśród dziewcząt rocznika 1999 zameldowanych na pobyt stały na terenie miasta i gminy STRZELIN

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

### UWAGA

Wymagane dokumenty:

- 1) wpis do właściwego rejestru,
  - 2) obowiązujący statut/jeśli dotyczy/
  - 3) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej.
- \* kopie dokumentów wymagają potwierdzenia zgodności z oryginałem.

Załącznik Nr. 2

## Szczegółowy opis i przebiegu realizacji zadania:

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 (uwzględniające zgodę rodzica /opiekuna ):  
a. dostępność do świadczeń ( dni tygodnia, godziny) –

.....  
.....  
b. sposób naboru uczestników programu ( informacja telefoniczna, elektronicznie, osobiście ) –  
.....

c. sposób rejestrowania i przyjmowania zainteresowanych –  
.....

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

inne -.....

( pieczęćka i podpis osoby upoważnionej )