|  |  |
| --- | --- |
|  | Urząd Miejski w Ośnie Lubuskim **69-220 Ośno Lubuskie, ul. Rynek 1**  **tel. 95 757 60 29 fax. 95 757 50 80**  [**www.osno.pl**](http://www.osno.pl) **e-mail:** [**urzad@osno.pl**](mailto:urzad@osno.pl) |

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

(pieczęć podmiotu) (data i miejsce złożenia oferty)

### ZGŁOSZENIE OFERTOWE

KONKURS OFERT NA REALIZACJĘ

#### Programu polityki zdrowotnej pn.:

**„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ośno Lubuskie w wieku 65 lat i więcej” w latach 2020-2022**

przeprowadzanego na podstawie przepisów art. 7 ust.1 oraz art.48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t.j. - Dz. U. 2019.1373, z późn. zm.)

## I. Dane na temat podmiotu

1) pełna nazwa ...........................................................................................................................

2) forma prawna .........................................................................................................................

3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze ..........................................

4) data wpisu , rejestracji lub utworzenia ...................................................................................

5) nr NIP ........................................................ nr REGON .........................................................

6) dokładny adres: miejscowość .............................................. ul. ............................................

gmina ............................................................ powiat ..............................................................

województwo ..........................................................................................................................

7) tel. .................................................................... faks..............................................................

e-mail: ......................................................... http:// ...............................................................

8) nazwa banku i numer rachunku .............................................................................................

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

9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy

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

10) nazwa, adres i telefon kontaktowy podmiotu bezpośrednio wykonującego zadanie, o którym mowa w ofercie

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

11) osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)

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

12) przedmiot działalności statutowej:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

13) jeżeli podmiot prowadzi działalność gospodarczą:

a) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców,

b) przedmiot działalności gospodarczej

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**II. Opis zadania**

1. Nazwa zadania

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

2. Harmonogram realizacji zadania – min. 12 godzin tygodniowo w tym min. 4 godziny w godzinach popołudniowych - w godzinach od 8.00 do 12.00 lub 16.00-18.00.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dni tygodnia | Godziny otwarcia | Łącznie ilość godzin dziennie |
| Pn |  |  |
| Wt |  |  |
| Śr |  |  |
| Czw |  |  |
| Pt |  |  |

3. Miejsce realizacji i warunki lokalowe (adres i szczegółowy opis)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

4. Kwalifikacje personelu i dokumenty potwierdzające wymagane kwalifikacje.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

5.Dotychczasowe doświadczenie w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**III. Cena oferty: ……....PLN/za 1 szczepienie zgodne z opisem w programie zdrowotnym słownie:**

**…………………………………………………………………………………………………………..**

**IV. Składając ofertę wspólną ustanowionym pełnomocnikiem do reprezentowania i podpisania umowy w sprawie realizacji programu polityki zdrowotnej jest:**

**…………………………………………………………………………………………………………**

Załączniki i ewentualne referencje:

1. dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu spełniającego warunki, o których mowa w pkt 1 i 2 ogłoszenia;
2. aktualny wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę lub inny dokument potwierdzający wpis do właściwej ewidencji/rejestru;
3. kopie aktualnej polisy OC wraz ze stosownym zobowiązaniem do jej przedłużenia na czas realizacji umowy;
4. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu i o przyjęciu wszystkich warunków w nim określonych do realizacji;
5. oświadczenie o dobrowolnym poddaniu się kontroli w zakresie realizacji programu;
6. oświadczenie o spełnieniu wszystkich warunków postawionych przez organizatora konkursu.

…………………………………….

Podpis oferenta

\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2 do ogłoszenia**

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu i o przyjęciu wszystkich warunków w nim określonych do realizacji – wzór**

Niniejszym jako składający ofertę w konkursie na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej **„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ośno Lubuskie w wieku 65 lat i więcej” w latach 2020-2022** oświadczam, iż zapoznałem się z treścią programu polityki zdrowotnej stanowiącego załącznik do uchwały **NR** **XXII/221/2018 Rady Miejskiej w Ośnie Lubuskim z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn.** „**Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ośno Lubuskie w wieku 65 lat i więcej” i** przyjmuję w przypadku wyboru mojej oferty wszystkie warunki w nim określone do realizacji.

……………………………………..

Podpis oferenta

**Załącznik nr 3 do ogłoszenia**

**Oświadczenie o dobrowolnym poddaniu się kontroli w zakresie realizacji programu**

Niniejszym jako składający ofertę w konkursie na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej **„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ośno Lubuskie w wieku 65 lat i więcej” w latach 2020-2022** oświadczam, iż dobrowolnie poddam się kontroli w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej stanowiącego załącznik do uchwały do uchwały **NR** **XXII/221/2018 Rady Miejskiej w Ośnie Lubuskim z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn.** „**Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ośno Lubuskie w wieku 65 lat i więcej”** w przypadku wyboru mojej oferty do realizacji.

……………………………………..

Podpis oferenta

**Załącznik nr 4 do ogłoszenia**

**Oświadczenie o spełnieniu wszystkich warunków postawionych przez organizatora konkursu**

Niniejszym jako składający ofertę w konkursie na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej „**„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ośno Lubuskie w wieku 65 lat i więcej” w latach 2020-2022** oświadczam, iż spełniam wszystkie warunki postawione przez organizatora konkursu.

……………………………………..

Podpis oferenta