

Załącznik nr 2
do zarządzenia Nr 577/2025
Prezydenta Miasta Kalisza
z dnia 30 września 2025 r.

Prezydent Miasta Kalisza

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący realizacji w 2025 r. „Programu profilaktycznych szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców miasta Kalisza powyżej 60 roku życia”

<i>IDANE OFERENTA</i>			
Pełna nazwa oferenta zgodna z wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą			
Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą			
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru			
Dane adresowe siedziby podmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej adres do korespondencji	Kod :	Miejscowość:	Ulica i numer domu:
	Numer telefonu:	Numer faksu :	e-mail:
Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego			
Dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego	Kod :	Miejscowość:	Ulica i numer domu:
	Numer telefonu:	Numer faksu :	e-mail:

Osoby upoważnione do reprezentacji podmiotu leczniczego:	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:
	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:
Osoba upoważnia do prowadzenia rozliczenia finansowego	Imię:	Nazwisko:	Funkcja:
Numer NIP:	Numer REGON:		
Nazwa banku:	Numer rachunku bankowego:		
Rozliczenie realizacji zadania będzie dokonywane na podstawie:			
a) rachunku * b) faktury VAT *			
*niepotrzebne skreślić			

II KALKULACJA KOSZTÓW

Poszczególne składowe kosztu jednostkowego	Koszt w zł (brutto)
1. Koszt szczepionki	
2. Kwalifikacja lekarska	
3. Pozostałe koszty	
Koszt ogółem (brutto)	

III. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB WYKONUJĄCYCH BADANIA W RAMACH PROGRAMU

liczba personelu:			liczba etatów:	
Lp.	Imię	Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Uzyskany stopień specjalizacji

IV. INNE INFORMACJE

1) WARUNKI LOKALOWE

Pomieszczenia do udzielania świadczeń	Liczba	Powierzchnia (w m²)

2) SPOSÓB REJESTRACJI PACJENTÓW:

3) CZAS I MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU:

Czas wykonywania badań w ramach programu:	dni tygodnia:	Godziny (od..do..):
Miejsce wykonywania badań w ramach programu:	ulica, numer domu, nr pokoju itp.:	

4) PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY:

5) PROPONOWANA LICZBA OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM

6) RODZAJ SZCZEPIONKI

7) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ

8) OKREŚLENIE SPOSOBU PRZEPROWADZENIA AKCJI INFORMACYJNO- EDUKACYJNEJ REALIZACJI ZADANIA

V. Podpisy osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu zgodnie z dokumentacją:

1.....

2.....

3.....

Wymagane załączniki do oferty :

- 1) aktualny odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub innego właściwego rejestru,
- 2) kopia statutu lub regulaminu organizacyjnego,
- 3) kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej,
- 4) Oświadczenia:
 - a) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu i regulaminem organizowania konkursu, określonym w Zarządzeniu Nr 2/2022 Prezydenta Miasta Kalisza z dnia 4 stycznia 2022 roku sprawie określenia Regulaminu organizowania konkursów ofert na realizację miejskich programów polityki zdrowotnej w mieście Kaliszu.
 - b) oświadczenie oferenta, że sprzęt medyczny, używany do realizacji badań, spełnia wymogi, określone w ustawie z dnia 7.04.2022r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2024 poz. 1620 z późn.zm.),
 - c) oświadczenie oferenta, że osoby, które będą wykonywały badania – świadczenia zdrowotne - w ramach programu będącego przedmiotem konkursu posiadają odpowiednie kwalifikacje i aktualne uprawnienia do ich wykonywania.
 - d) oświadczenie oferenta, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych
 - e) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
 - f) oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
 - g) oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
 - h) oświadczenie o zabezpieczeniu ilości szczepionek niezbędnych do zrealizowania świadczeń.