**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

 **………………………………………**

 (Miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na ogłoszone Zapytanie Ofertowe nr 4/2021 - SP.8130.3.2021 z dnia 02.10.2021 roku, oświadczam (-y), że zadanie opisane w tym zapytaniu wykonam (-y) na warunkach zgodnych z treścią przedmiotowego zapytania przy zastosowaniu przedstawionych poniżej warunków cenowych:

|  |
| --- |
| DANE OFERENTA: |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| DANE OSOBY KONTAKTOWEJ: |
| Imię i nazwisko |  |
| Nr telefonu kontaktowego |  |
| Adres e-mail |  |
| Łączna całkowita cena brutto jednej usługi zakupu szczepionki, kwalifikacji do szczepienia oraz podania szczepionek przeciwko grypie: | Cena brutto razem (maksymalnie **86.500** zł)  | Deklarowana liczba świadczonych usług medycznych |
| - Jednostkowa cena brutto zakupu 1 szt. szczepionki | Cena brutto  |  |
| - Jednostkowa cena brutto 1 usługi kwalifikacji do szczepienia | Cena brutto  |  |
| - Jednostkowa cena brutto 1 usługi podania szczepionki | Cena brutto  |  |
| - Jednostkowa cena brutto działań edukacyjnych (podczas całości trwania okresy wszczepienia) | Cena brutto  |  |
| Miejsce realizacji usługi |  |
| **ŚWIADCZONE USŁUGI** – wymagania stawiane według karty oceny: \*należy wpisać, którą z możliwości zapewnia oferent |
| **Kwalifikacje personelu medycznego realizującego program**:□Conajmniej jeden lekarz, mający realizować Program, posiada specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, geriatrii i co najmniej jedna pielęgniarka posiadająca udokumentowany ukończony kurs szczepień□ co najmniej dwóch lekarzy, mających realizować Program, posiadają specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, geriatrii i co najmniej jedna pielęgniarka posiadająca udokumentowany ukończony kurs szczepień□lekarze lub pielęgniarka, spełniający warunki jak w pkt 1 lub 2, a mający realizować Program, posiadają doświadczenie w prowadzeniu, co najmniej jednego profilaktycznego programu zdrowotnego.□ inne (wpisać jakie) …………………………………………………………………… |
| **Dostępność do świadczeń:**□szczepienia będą odbywały się w wyznaczonych dniach i godzinach, □ szczepienia będą odbywały się codziennie od poniedziałku do piątku w  wyznaczonych godzinach,□szczepienia będą odbywały się codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach funkcjonowania przychodni. □ inne (wpisać jakie)……………………………………………………………………… |
| **Działania edukacyjne**: □działania edukacyjne prowadzi osoba posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki grypy, □działania edukacyjne prowadzi osoba posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki grypy oraz posiada doświadczenie dydaktyczne,□działania edukacyjne prowadzone przez osobę posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki grypy oraz posiada doświadczenie dydaktyczne odbywają się wśród grupy docelowej w innych terminach niż odbywają się szczepienia. □ inne (wpisać jakie)…………………………………………………………………………. |
|  **Dodatkowe warunki mogące mieć wpływ na ocenę oferty**: □oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia,□oferent zadeklaruje, ze w przypadku jego oferty uruchomi odrębną linię telefoniczną, która będzie użytkowana wyłącznie na potrzeby realizacji zadania□oferent jest w stanie, zrealizować więcej niż jedno stanowisko do zaszczepienia wraz z zespołem medycznym uprawnionym do zaszczepienia. □ inne (wpisać jakie) ……………………………………………………………….. |

**Wykaz niezbędnych załączników**:

□ Wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,

□ Wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert - oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem,

□ Pełnomocnictwo/upoważnienie do działania w imieniu oferenta (w przypadku, gdy ofertę podpisują osoby inne niż umocowane do reprezentacji zgodnie z rejestrem),

□ Kopia polisy ubezpieczeniowej.

……………………………..…….…………………………………….

Pieczęć firmowa i podpis osób/y upoważnionej do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

………………………………………

(Miejscowość, data)

**Oświadczenie**

**Oświadczam, że:**

* prowadzę działalność na obszarze miasta Nowa Sól zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub w przypadku prowadzenia działalności jednoosobowej zgodnie z wpisem do rejestru Izby Lekarskiej,
* dysponuję odpowiednią wiedzą, kwalifikacjami i doświadczeniem gwarantującym wykonaniem zamówienia,
* dysponuję uprawnieniami do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
* dysponuję odpowiednim potencjałem organizacyjno-technicznym oraz znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej wykonanie zamówienia,
* zapoznałam/- łem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte,
* w przypadku udzielenia mi zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego i oświadczam, że podana cena ofertowa będzie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.

……………………………….…………………………………….

Pieczęć firmowa i podpis osób/y upoważnionej do reprezentowania Oferenta