Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

**Urząd Gminy Michałowice Reguły,**

**ul. Aleja Powstańców Warszawy 1,**

**05-816 Michałowice**

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

*Pieczątka firmowa Realizatora*

**Formularz ofertowy do konkursu ofert na wybór realizatora szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w związku z przyjętym Programem polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Michałowicach na lata 2022-2024 w okresie od dnia podpisania umowy do 15 grudnia 2024 r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **I. DANE REALIZATORA** | | | | |
| 1. | Pełna nazwa Realizatora  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  | | | |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym, |  | | | |
| Numer tel: | | Numer faksu: | E-mail: |
| 3. | Osoba(y) upoważniona(e)  do reprezentowania Realizatora |  | | | |
| 4. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  | | | |
| 5. | NIP |  | | | |
| 7. | Regon |  | | | |
| 8. | Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego  (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  | | | |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.) |  | | | |
| 10. | Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.) |  | | | |
| 11. | Nazwa banku |  | | | |
| 12. | Numer konta |  | | | |
| **II. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ** | | | | | |
| Imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki, innego personelu | | Kwalifikacje zawodowe | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | | | | | |
| **III. KALKULACJA KOSZTÓW** | | | | | |
| Proponowany koszt brutto podania jednej dawki szczepienia w zł | | |  | | |
| **IV. Działalność Dotychczasowa** | | | | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |

**Uwaga!**

1. Realizator nie może modyfikować treści formularza ofertowego.

2. Wszystkie miejsca, w których Realizator naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

3. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.

4. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.

5. Do oferty należy dołączyć oświadczenia i dokumenty wymienione w Ogłoszeniu konkursowym na wybór realizatora szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w związku z przyjętym Programem polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Michałowicach na lata 2022-2024.

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przystąpienie do konkursu.

2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia konkursowego na wybór realizatora szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w związku z przyjętym Programem polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Michałowicach na lata 2022-2024.

3. Oświadczam, że Pomieszczenia, w których będą odbywały się szczepienia przeciwko wirusowi HPV odpowiadają wymaganiom określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 595).

4. Oświadczam, że wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

……………, dn. ....................... ........………………………………….

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej*

*do reprezentowania oferenta*