

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na wybór realizatora programu zdrowotnego w 2009r.
w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy
w ramach „Gminnego Programu Ochrony i Promocji Zdrowia Mieszkańców Gminy
Czerwonak na lata 2009-2013”.**

I. DANE O OFERENCIE

II.

1.	Nazwa	
2.	Adres (ulica, nr domu, nr lokalu kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo)	
3.	Telefon, fax, adres e-mail	
4.	Data i numer wpisu do rejestru ZOZ wojewody	
5.	NIP	
6.	REGON	
7.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
8.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
9.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
10.	Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, udzielanie informacji)	

III. PRZYSTAPIENIE DO KONKURSU

Oferujemy wykonywanie przedmiotu konkursu w zakresie określonym w ogłoszeniu.

Oferujemy wykonanie przedmiotu konkursu za następującą cenę:

Cena jednostkowa za 1 szczepionkę:

netto
słownie	(.....)
VAT %
brutto
słownie	(.....)

Cena 3 szczepionek:

netto
słownie	(.....)
VAT %
brutto
słownie	(.....)

Cena całkowita szczepień 100 dziewczynek:

netto
słownie	(.....)
VAT %
brutto
słownie	(.....)

IV. TERMIN WYKONANIA PRZEDMIOTU KONKURSU

Zobowiązuję(emy) się wykonać przedmiot konkursu w terminie określonym przez Zleceniodawcę, tj. w terminie: od dnia podpisania umowy do 15.12.2009r.

V. WARUNKI PŁATNOŚCI

Akceptujemy następujące warunki:

1. Zleceniobiorca za wykonanie przedmiotu konkursu, o którym mowa w § 1 umowy, otrzyma wynagrodzenie, które stanowić będzie iloczyn ceny jednostkowego szczepienia, o której mowa w § 9 ust. 1 umowy oraz ilości faktycznie wykonanych szczepień wykazanych w sprawozdaniu merytorycznym.
2. Rozliczenie i wypłata wynagrodzenia określonego w umowie nastąpi po wykonaniu zadania zgodnie z § 9 umowy.

3. Zleceniodawca dopuszcza możliwość częściowego rozliczenia finansowego umowy w trakcie jej trwania pod warunkiem przedłożenia sprawozdania merytorycznego z wykonanej części zadania wraz z rachunkiem.
4. Zapłata za wykonanie umowy nastąpi przelewem na rachunek bankowy Zleceniobiorcy nr, w terminie do 14 dni od daty dostarczenia rachunku do siedziby Zleceniodawcy.
5. Za datę płatności strony przyjmują datę na poleceniu przelewu Zleceniodawcy.
6. Płatność nastąpi po uprzednim sprawdzeniu rachunku przez Zleceniodawcę pod względem merytorycznym i rachunkowym.
7. W przypadku, gdy rachunek nie spełni wymagań pod względem merytorycznym lub rachunkowym, zostanie zwrócony Zleceniobiorcy bez obowiązku zapłaty wynagrodzenia.
8. Zleceniodawca oświadcza, że upoważnia Zleceniobiorcę do wystawienia rachunku bez podpisu Zleceniodawcy.

VI. OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Oświadczamy, że:

1. gwarantuję(my) wykonanie całości niniejszego przedmiotu konkursu zgodnie z treścią ogłoszenia,
2. złożona oferta wiąże nas na 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,
3. akceptuję(emy) bez zastrzeżeń projekt umowy przedstawiony w załączniku nr 3,
4. w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę,
5. **zamówienie zamierzamy/nie zamierzamy*) powierzyć podwykonawcom w następującym zakresie:**

Lp.	Zakres przedmiotu konkursu przewidziany do wykonania przez podwykonawcę

VII. ZAŁĄCZNIKI DO NINIEJSZEJ OFERTY:

- 1) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
- 2) wpis do rejestru ZOZ wojewody,
- 3) statut zakładu,
- 4) kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu (między innymi kopie dyplomu oraz prawa wykonywania zawodu),
- 5) kopia aktualnej polisy zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania, ze wskazaniem minimalnej sumy gwarancyjnej w odniesieniu do jednego wypadku oraz wszystkich wypadków, których skutki objęte będą umową ubezpieczenia wraz z kopiami dowodów uiszczenia składek należnych do dnia złożenia oferty,
- 6) oświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ubezpieczenie wobec ZUS,
- 7) oświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków,
- 8) oświadczenie, że sprzęt medyczny, używany do realizacji programu, spełnia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,
- 9) inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty,

Ofertę wraz z załącznikami składamy na kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach/kartach).*

.....
miejsowość, data

.....
podpis Zleceniobiorcy
lub upoważnionego przedstawiciela

*) niepotrzebne skreślić