

Pieczętka firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora w 2012 r. Samorządowego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2011-2015 dla Gminy Miedźna.**

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta	
<b>I. Dane o ofercie</b>			
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej		
2.	Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
3.	Numer konta bankowego		
4.	Nr wpisu do rejestru zoz Wojewody		
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów		
6.	NIP		
7.	Regon		
8.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
10.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
11.	Miejsce realizacji zadania (jeżeli jest inne niż adres oferenta)		
<b>II. Podstawowe informacje o sprzęcie medycznym do realizacji badań (typ, rok produkcji)</b>			
<b>III. Informacje o warunkach lokalowych i personelu medycznym wykonującym badania</b>			
1.			
2.			

IV. Plan rzeczowo – finansowy		
1.	Proponowana liczba badań, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2012 r	
2.	Cena brutto badania jednej osoby	
3.	Koszt całkowity usługi brutto (liczba badań x cena brutto jednego badania)	
V. Inne informacje		
1.	Liczba badań objętych programem, wykonywanych rocznie w okresie ostatnich trzech lat	
2.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu (tel, godz.)	
3.	Lokalizacja: miejsce realizacji badań (adres, pok , tel/fax)	
4.	Czy oferent gwarantuje zleceniodawcy przekazanie raportu z realizacji Programu	

#### VI. Załączniki do oferty:

1. aktualny wypis z rejestru zoz Wojewody
2. aktualny wypis z KRS
3. statut zoz (jeżeli oferent taki posiada)
4. zaświadczenie o nr NIP
5. zaświadczenie o nr REGON
6. oświadczenie o przyjętym sposobie rozliczenia: rachunek/faktura VAT
7. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu (wykonującego badanie USG stawu biodrowego w celu wykrycia wczesnie dysplazji i zwichnięć stawu biodrowego).
8. wzór Karty Badania Profilaktycznego
9. wzór raportu z realizacji Programu

#### VII. 1. Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej

spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację w 2012 r zadania dotyczącego **Samorządowego Programu Ochrony Zdrowia** na lata 2011-2015 dla Gminy Miedźna.

2 Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, opisem przedmiotu zamówienia oraz Regulaminem Pracy Komisji Konkursowej.

3. Spełniam wszystkie kryteria zawarte w opisie przedmiotu zamówienia
4. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
5. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania, o którym mowa w punkcie I.
6. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem w przeprowadzaniu badań będących przedmiotem niniejszego postępowania, a także posiadam potencjał ekonomiczny i techniczny oraz pracowników zdolnych do wykonania zadania, o którym mowa w pkt. II i III
7. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
8. Zapoznałem się z projektem umowy na realizację zamówienia, stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
9. Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu dane są aktualne i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty

(pieczęć i podpis oferenta)

WÓJT GMINY  
  
mgr inż. Bogdan Taranowski