Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 202/2019

Prezydenta Miasta Leszna

z dnia 16 maja 2019 r.

**FORMULARZ OFERTY**

**do konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej: „Program leczenia niepłodności mieszkańców miasta Leszna” na rok 2019**

1. Dane o oferencie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 właściwego rejestru |  |
| 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) |  |

1. Przystąpienie do konkursu: Oferent oświadcza, że :

Wykona program polityki zdrowotnej: **„Program leczenia niepłodności mieszkańców miasta Leszna” na rok 2019** w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie   
i szczegółowych warunkach konkursu zwany dalej Programem za następującą cenę:

**Cena badań:**

1. pełen zakresu badań ogólnoustrojowych:
2. morfologia – cena brutto …………………………….
3. jonogram – cena brutto ………………………………
4. badania hormonalne:
5. PRL – cena brutto ……………………………………
6. insulina – cena brutto ………………………………..
7. LH – cena brutto ………………………………….
8. FSH – cena brutto …………………………………
9. AMH – cena brutto ………………………………..
10. TSH - cena brutto ………………………………..
11. badania andrologiczne – cena brutto ………………………………….
12. badania nieinwazyjne – USG:
13. żeńskich narządów płciowych – cena brutto …………………………..
14. nadnerczy – cena brutto …………………………………….
15. tarczycy – cena brutto ………………………………………
16. Wynagrodzenie lekarza ………………………………………………………….

Łączna cena brutto wszystkich badań ( cena musi uwzględniać ile razy dane badanie musi zostać wykonane) i wynagrodzenia lekarza – cena będąca sumą cen poszczególnych badań i wynagrodzenia lekarza: ……………………………………………..

słownie (.........................................................................................................)

1. Oferent oświadcza, że akceptuje warunki wykonania Programu zawarte w ogłoszeniu o konkursie i szczegółowych warunkach konkursu, a w szczególności dotyczące:
2. Terminu wykonania przedmiotu konkursu i zobowiązania wykonania Programu w terminie: od dnia podpisania do 15.12.2019 r.

1. Warunków płatności:
2. podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie sprawozdanie merytoryczne z wykonania programu,
3. sprawozdanie merytoryczne w formie pisemnej będzie zawierać liczbę osób   
   u których przeprowadzono badania oraz opis wykonanej kampanii informacyjnej. W sprawozdaniu należy również wskazać problemy, które wystąpiły podczas jego realizacji i sposób ich rozwiązania,
4. sprawozdanie merytoryczne oferent przekazuje Zleceniodawcy w terminie 7 dni od dnia zakończenia badań,
5. wynagrodzenie, zostanie przekazane przez zleceniodawcę przelewem na konto bankowe oferenta:….………………………….………………………w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zleceniodawcę sprawozdania merytorycznego.
6. Wysokości wynagrodzenia - za wykonanie Programu Miasto Leszno zapłaci, oferentowi - zleceniobiorcy wynagrodzenie, które stanowić będzie sumę cen poszczególnych badań wykonanych dla jednej pary i wykazanych w sprawozdaniu merytorycznym. Przy czym cena badania dla jednej pary stanowi sumę cen poszczególnych badań wykonanych dla jednej pary***.***
7. Ponadto Oferent oświadcza:
8. złożona oferta wiąże nas na 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,
9. w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję(my) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę,
10. zamówienie zamierzamy/ nie zamierzamy\* powierzyć podwykonawcom w następującym zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Zakres przedmiotu konkursu do wykonania przez podwykonawcę |
|  |  |

1. Załączniki do niniejszej oferty\*:
2. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowana działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
3. wpis do właściwego rejestru,
4. statut zakładu (jeżeli posiada),
5. 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),
6. kopie aktualnej polisy zawarcia umowy 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.
7. oświadczenie ubezpieczonego lub ubezpieczyciela, że ubezpieczenie obejmuje ryzyko związane z zakażeniem wirusem HIV i innymi chorobami zakaźnymi,
8. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ubezpieczenie wobec ZUS,
9. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków,
10. Oświadczenie, że sprzęt medyczny, używany do realizacji programu, spełnia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,
11. opis kampanii informacyjnej,
12. Inne dokumenty:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Data podpis Oferenta - Zleceniobiorcy

lub upoważnionego przedstawiciela

\* niepotrzebne skreślić