Załącznik Nr 6

do Zarządzenia Nr 99/B/2019

Burmistrza Miasta i Gminy Serock

z dnia 18 czerwca 2019r.

…………………………………………………… …………………….., dnia …………………………

(pieczątka nagłówkowa oferenta)

**Formularz Oferty- harmonogram i kosztorys**

**Nazwa programu,** na który składana jest oferta:

realizacja gminnego programu zdrowotnego pod nazwą „program polityki zdrowotnej- szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób z grupy szczególnego ryzyka***”.***

**Miejsce realizacji Programu** ( nazwa przyjmującego zamówienie i dokładny adres gabinetu, w którym realizowany będzie Program): …………………………………………………………………………………….

**Opis Programu:** Realizacja Programu będzie polegać na :

1. przedstawieniu Udzielającemu zamówienia harmonogramu kampanii informacyjno-edukacyjnej w terminie 3 dni od dnia podpisania umowy,
2. przeprowadzeniu kampanii informacyjno-edukacyjnej obejmującej rozpowszechnienie informacji o Programie,
3. edukacji adresatów Programu poprzez przekazanie informacji o zasadności  
    i istocie szczepienia,
4. uzyskaniu pisemnej zgody na wykonanie szczepień,
5. przekazywaniu we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom Programu informacji o miejscu realizacji Programu w lokalnych środkach masowego przekazu oraz w inny sposób zwyczajowo przyjęty na terenie, w którym Program jest realizowany,
6. przyjmowaniu zgłoszeń, informowanie o terminach szczepienia i rejestracji pacjentów we własnym zakresie poprzez udostępnienie przynajmniej jednej linii telefonicznej,
7. zakupu szczepionek, zakupu materiałów niezbędnych do realizacji zadania,
8. przeprowadzeniu badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia przed każdą dawką szczepienia,
9. wykonaniu szczepień,
10. prowadzeniu ewidencji osób zaszczepionych w ramach programu,
11. umieszczeniu w widocznym miejscu informacji o finansowaniu Programu ze środków budżetowych Miasta i Gminy Serock oraz informowaniu zainteresowanych Programem przedstawicieli środków masowego przekazu   
    o udziale Miasta i Gminy Serock w jego realizacji,
12. sporządzeniu i przedłożeniu, przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy dokumentacji sprawozdawczej z realizacji Programu w formie pisemnej,
13. prowadzeniu dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
14. prowadzeniu stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
15. zapewnieniu wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych Programem
16. podmiot realizujący program jest zobowiązany zapewnić wszystkie materiały medyczne niezbędne do wykonania badań i szczepień.
17. badania i szczepienia winny być wykonane przez personel medyczny   
    o potwierdzonych kwalifikacjach. Oferenci są zobowiązani wykonać całość zamówienia we własnym zakresie, według harmonogramu ustalonego ze Zleceniodawcą.

**Czas realizacji Programu:** od 1 września 2019r. do 31 grudnia 2021r.

Telefoniczna rejestracja i informacja pacjentów:

nr tel. …………………………. w godz. od …………… do ………………………….

Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

**Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:**

Pacjenci będą przyjmowani od ……………. do ……………… w godz. od ……………… do …………………..

**Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:**

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie:**

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

**Kalkulacja kosztów**

**PLAN RZECZOWO- FINANSOWY**

1. **Liczba szczepień**

Łączna liczba szczepień, którą oferent może wykonać w ramach programu …………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Cena:**

Jednostkowa cena szczepionki (w zł brutto- obejmuje zadania, do których wykonania zobowiązany jest oferent, m.in. zakup szczepionek, badanie lekarskie, wykonanie usługi szczepień, edukacja) ………………………………………………………………………………………….

1. **Koszt całkowity:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Łączna liczba szczepień | Jednostkowa cena jednej dawki szczepionki (zł brutto) | Całkowity koszt szczepień (zł brutto) |
|  |  |  |

………………………………………………………………………

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej do   
 reprezentacji oferenta)