

.....
nazwa Oferenta

.....
adres Oferenta

NIP

REGON

OFERTA WYKONAWCY

**Do
Gminy Stare Babice
ul. Rynek 32
05-082 Stare Babice**

Odpowiadając na ogłoszenie Wójta Gminy Stare Babice o konkursie ofert na realizację „Programu bezpłatnych szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stare Babice powyżej 65 r. ż. na lata 2012-2016” zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu

1. Oferujemy wykonanie jednego szczepienia w cenie:

brutto zł (słownie: zł)

2. Lokalizacja wykonywania szczepień:

.....
(adres)

3. Oświadczamy, że:

- 1) Zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację „Programu bezpłatnych szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stare Babice powyżej 65 r. ż. na lata 2012-2016” i zrealizujemy usługę zgodnie z wymaganiami w nim zawartymi.
- 2) Rozpoczniemy realizację programu szczepień od 22 października 2012 r. i będziemy go realizować do wyczerpania limitu szczepień, nie później jednak niż do 15 grudnia 2012 r.
- 3) Szczepienia będą wykonywane od pon. do piątku w godz. od 8.00 do 18.00
- 4) Prowadzimy działalność na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
- 5) Posiadamy zgodność wykonywania usług medycznych w zakresie wymaganym w konkursie ofert z naszym statutem.
- 6) Posiadamy punkt szczepień ochronnych.
- 7) Posiadamy gabinet lekarski spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.
- 8) Zapewnimy jednorazowy sprzęt medyczny do wykonania szczepień zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
- 9) Zapewnimy fachowy personel medyczny dla potrzeb programu:
 - a) co najmniej jednego lekarza wykonującego badania kwalifikujące do szczepień p/grypie,
 - b) co najmniej jedną pielęgniarkę posiadającą kwalifikacje do wykonywania szczepień.
- 10) Mamy zdolności finansowe umożliwiające realizację programu.
- 11) Będziemy prowadzić rejestr uczestników programu i dokumentację medyczną związaną z realizacją programu.

.....
/miejscowość i data/

.....
/pieczęć i podpis osoby uprawnionej/