…………………………………………………………………………..

nazwa Oferenta

……………………………………………………………………………

. adres Oferenta

**OFERTA WYKONAWCY**

**Do**

**Gminy Stare Babice**

**ul. Rynek 32**

**05-082 Stare Babice**

Odpowiadając na ogłoszenie o konkursie ofert na realizację „Programu bezpłatnych szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stare Babice powyżej 65 roku życia” w 2019 roku zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu

1. Oferujemy wykonanie jednego szczepienia w cenie:

brutto ………………… zł (słownie: ………..……………………………………………...………….… zł)

1. Lokalizacja wykonywania szczepień: …………………………………………………………..……..…..

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

(adres)

1. Oświadczamy, że:
2. Zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację „Programu bezpłatnych szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stare Babice powyżej 65 roku życia” w 2019 roku i zrealizujemy usługę zgodnie z wymaganiami w nim zawartymi.
3. Rozpoczniemy realizację programu szczepień od **10 września 2019 r**. i będziemy go realizować do wyczerpania limitu szczepień, nie później jednak niż **do 15 grudnia 2019 r.**
4. Szczepienia będą wykonywane od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00
5. 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. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.).
6. Posiadamy zgodność wykonywania usług medycznych w zakresie wymaganym w konkursie ofert z naszym statutem.
7. Posiadamy punkt szczepień ochronnych.
8. Posiadamy gabinet lekarski spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.
9. Zapewnimy jednorazowy sprzęt medyczny do wykonania szczepień zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
10. Zapewnimy fachowy personel medyczny dla potrzeb programu:
11. co najmniej jednego lekarza wykonującego badania kwalifikujące do szczepień p/grypie,
12. co najmniej jedną pielęgniarkę posiadającą kwalifikacje do wykonywania szczepień.
13. Mamy zdolności finansowe umożliwiające realizację programu.
14. Będziemy prowadzić rejestr uczestników programu i dokumentację medyczną związaną z realizacją programu.

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

/miejscowość i data/ /pieczęć i podpis osoby uprawnionej/