Wzór nr 1

OFERTA

NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO
w trybie art. 48 ust. 4 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późniejszymi zmianami)

.....
(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym)
w okresie od ..... do .....

I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

6) NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ .....

....

(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

7) DOKŁADNY ADRES: .....

TEL. ..... FAX. .....

E-MAIL ..... http:// .....

8) FORMA PRAWNA .....

9) NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

.....

10) NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI .....

11) NR NIP .....

12) NAZWA BANKU I NR RACHUNKU .....

13) NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO

.....

.....

14) OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)

.....

II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający specyfikę programu (m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych programem, rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji programu)

2. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

3. Miejsce wykonywania programu - dokładny adres, telefon, adres mailowy, (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w programie , dni i godziny realizacji programu)

4. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia

5. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną/

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Poszczególne składowe kosztu jednostkowego	Koszt w zł
1.	badanie lekarskie	.....
2.	cena szczepionki	.....
3.	informacyjna i administracyjno-techniczna obsługa realizacji świadczenia zdrowotnego	.....
	Koszt jednostkowy brutto: (kalkulacja kosztu dla jednej osoby)	.....

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....

.....

.....

.....

.....

(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

Załączniki:

1) statut jednostki (bądź inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną – np. umowę cywilną) – lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem,

2) wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wyciąg z rejestru opieki podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę, okręgowej rady lekarskiej lub okręgowej rady pielęgniarek (lub kopie ww. dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem);

3) oświadczenie (sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej oferty), że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego będą finansowane jedynie przez Miasto Ustroń

i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami, oraz że załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,

4) dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu zdrowotnego od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności (lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem),

5) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego.