**Wzór nr 1**

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

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**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 2019 r. poz. 1373
z późniejszymi zmianami)

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

(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )

w okresie od ........................ do ............................

**I. DANE NA TEMAT PODMIOTU**

1. NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ .......................................

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

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

1. DOKŁADNY ADRES: ……………………………………………………………………….

TEL. ………………………………………….. FAX. ……………………………...............

E-MAIL ………………………………………… http:// ……………………………………

1. FORMA PRAWNA ....................................................................................................
2. NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

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

1. NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI .........................................................................................
2. NR NIP ……………………………
3. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU …………….........................................................
4. NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO

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

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

…………………………………………………………………………………………………

1. **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 |
| 1.2.3. | badanie lekarskiecena szczepionkiinformacyjna 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.