

Załącznik Nr 2
do Zarządzenia Nr 0050.35.2023
Burmistrza Kamieńska
z dnia 26 kwietnia 2023 r.

.....
(pieczęćka oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

na realizację programu polityki zdrowotnej
w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dla mieszkańców gminy Kamieński na lata 2023 - 2025
w 2023 roku

I. DANE DOTYCZĄCE OFERENTA

1. Pełna nazwa oferenta:

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej

2. Adres siedziby oferenta:

Dokładny adres - zgodnie z wpisem z właściwego rejestru

3. Tel., fax, adres e- mail:

--

4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr:

--

5. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego:

--

6. Nr NIP oferenta:

Nr REGON oferenta:

--

7. Osoba/osoby uprawnione do podpisywania umów, składania oświadczeń w ramach realizacji programu:

Nazwisko i imię, funkcja

8. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu:

Nazwisko i imię, funkcja

9. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert:

Nazwisko i imię, funkcja

10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Główny cel zadania programu:

2. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program:

III. INFORMACJA O REALIZACJI PROGRAMU

1. Miejsce udzielania świadczeń – dokładny adres:

2. Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń w ramach programu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych:

3. Sposób rejestracji pacjentów (osobiście, telefonicznie):

4. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń:

Opis warunków lokalowych, w których będzie realizowany program np. gabinet lekarski, pomieszczenie higieniczno – sanitarne, rejestracja i inne)

Oświadczam, iż pomieszczenia spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie poszczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz.402).

(podpis osoby upoważnionej)

5. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia w ramach programu:

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych, doświadczenie w pracy zawodowej

Oświadczenie: świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadrę niezbędną do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) dla mieszkańców gminy Kamieńsk na lata 2023 – 2025 w 2023 roku.

(podpis osoby upoważnionej)

6. Sposób organizacji szkoleń, działań, które są ujęte w programie np.: dla personelu medycznego, działań edukacyjno – informacyjnych:

Rodzaj działań, liczba działań

IV. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU

1. Oferuję wykonanie świadczeń w poniższym zakresie będących przedmiotem konkursu.

2. Koszt kalkulacji zadania oceniany w ramach kryteriów oceny oferty Realizator obowiązany jest obliczyć dane wynikające z poniższej tabeli, podając koszt jednostkowy wszystkich świadczeń, po ich przeliczeniu w oparciu o zakładaną ilość świadczeń podaną w tabeli. Obliczony w ten sposób koszt świadczeń stanowić będzie podstawę do badania i oceny złożonych ofert. Ceny poszczególnych świadczeń uwzględniać muszą wszystkie koszty związane z realizacją programu, które są ujęte w programie.

Lp.	Rodzaj działania	Cena jednostkowa brutto	Ilość osób korzystających	Koszt całkowity brutto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
RAZEM				

Jednocześnie oferent oświadcza, że

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu, warunkami konkursu, z treścią programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) na lata 2023 – 2025 przyjęty Uchwałą Nr XLIX/533/22 Rady Miejskiej w Kamieńsku z dnia 29 grudnia 2022 r. oraz projektem umowy i nie wnosi uwag.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym i na dzień złożenia oferty.

3. Nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

4. Jako podmiot będziemy ponosić wyłączną odpowiedzialność za całkowitą realizację programu.

5. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

6. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej, zobowiązuje się do:

a) zabezpieczenie dostępu do sprzętu, materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;

b) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektującymi prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;

c) posiadanie ważnej polisy ubezpieczenia OC oferowanego świadczenia medycznego ważną w okresie wykonania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczeniowej OC lub jej przedłożenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygaś w trakcie wykonywania umowy zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866).

d) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

(podpis i pieczęćka oferenta lub osoby upoważnionej)

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól.

Wszystkie pola oferty muszą zostać wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną.

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski