

Załącznik nr 3
do Zarządzenia Nr EOZ.0050.35.2020
Burmistrza Głogówka z dnia 18 lutego 2020 r.

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

OFERTA
NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W ROKU 2020

w trybie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku
o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 roku, poz. 1372 z późn. zm.).

.....
(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym)

w okresie od do

I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

- 1) PEŁNA NAZWA OFERENTA - PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.

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

- 2) DOKŁADNY ADRES SIEDZIBY:

TEL. FAX.

E-MAIL http://

- 3) FORMA PRAWNA

- 4) NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH ORAZ NAZWA ORGANU PROWADZĄCEGO REJESTR

.....

- 5) NUMER WPISU DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

- 6) NR NIP

- 7) NAZWA BANKU I NR RACHUNKU

- 8) NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTACJI OFERENTA I SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI W JEGO IMIENIU:

.....

- 9) NAZWISKO I IMIĘ ORAZ TELEFON KONTAKTOWY OSOBY/OSÓB ODPOWIEDZIALNEJ/YCH ZA REALIZACJĘ PROGRAMU

.....

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

.....

II. PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY

.....

III. 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. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji programu.

3. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej skierowanej do adresatów programu, ich rodziców/opiekunów prawnych (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

4. Miejsce wykonywania programu z uwzględnieniem podwykonawców biorących udział przy realizacji programu, dokładny adres, telefon, adres mailowy, (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w programie , dni i godziny realizacji programu , zgodność wyposażenia gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień z przepisami obowiązującymi w tym zakresie)

5. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia)

6. 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.	Rodzaj kosztów *	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Wysokość dofinansowania (w zł)**
<div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); font-size: 100px; opacity: 0.5;">X</div>						
OGÓLEM						

*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu wynosi:

.....zł brutto

W tym:

Koszt szczepionki: zł brutto

Koszt badania lekarskiego i edukacji wynosi: zł brutto

Koszt iniekcji (w tym materiałów) wynosi:zł brutto

Cena jednostkowa brutto za 2-krotne podanie szczepionki

Liczba przewidzianych dziewcząt do zaszczepienia: rocznik 2007

Całkowity koszt realizacji programu (brutto) w 2020 r:

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

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

3. Przewidywane źródła finansowania programu**

Źródło finansowania	zł	%
Kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów (z tego wpłaty i opłaty adresatów zadaniazł)		
Ogółem:		

** - wypełniają podmioty otrzymujące dofinansowanie do realizacji programu

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia Burmistrza Głogówka o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2020
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów.
4. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenia Zamawiającego, zobowiązuje się do:
 - A) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach
 - B) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach
 - C) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
 - D) Zabezpieczenie standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu. Liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).
5. Posiada podpisany kontrakt z narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w 2020 r.

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

Załączniki:

1. Aktualny wydruk/wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty,
2. aktualny wydruk/odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument potwierdzający m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom,
3. Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ważną na okres realizacji umowy lub pisemne zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń lub jej przedłużenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie realizacji umowy,
4. Oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią (posiadającą wymagane kwalifikacje), i doświadczoną kadrą medyczną oraz kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób zaangażowanych w realizację programu, w tym aktualne dokumenty potwierdzające uprawnienia,
5. Oświadczenie o posiadaniu odpowiednich warunków lokalowych do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności do wykonania szczepień- spełniających wymogi określone w obowiązujących przepisach prawnych oraz zgodne z wymaganiami określonymi przez NFZ, być wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku,
6. Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
7. Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)