

Wzór

.....

(pieczęć podmiotu leczniczego)

OFERTA
NA REALIZACJĘ PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ
W GMINIE STARA BIAŁA

w trybie art. 48 ust. 4 i 5 oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 51 z późn. zm.)

I. NAZWY PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ, zgodnie z ogłoszeniem konkursu ofert

1.

.....

.....

.....

2.

.....

.....

.....

3.

.....

.....

.....

II. DANE NA TEMAT PODMIOTU LECZNICZEGO

1. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą (podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

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

2. Adres

.....

Tel. Fax e-mail

3. Forma prawna

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych i organ prowadzący rejestr

.....

5. Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji

.....

6. Numer NIP

7. Nazwa banku i Nr rachunku

.....

8. Imiona i nazwiska osób upoważnionych do podpisania umowy na realizację programów zdrowotnych

.....

9. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię, nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego)

.....

III. OPIS REALIZACJI PROGRAMÓW

1. Szczegółowy opis realizacji programów uwzględniający specyfikę programów (m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objęta programem, rodzaj i zakres świadczeń)

Program nr 1 (z punktu I.)

.....

.....

.....

.....

.....

Program nr 2 (z punktu I.)

.....

.....

.....

.....

.....

Program nr 3 (z punktu I.)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Sposób organizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej

.....

.....

.....

.....

3. Miejsce wykonywania programów (dokładny adres, telefon, zasady udziału i rejestracji beneficjentów programie, dni i godziny realizacji programów)

.....

.....

.....

.....

IV. KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMÓW

Program nr 1 (z punktu I.)

1. Jednostkowy koszt szczepionki zł
2. Proponowany łączny koszt szczepionek zł

Program nr 2 (z punktu I.)

3. Jednostkowy koszt szczepionki zł
4. Proponowany łączny koszt szczepionek zł

Program nr 3 (z punktu I.)

5. Jednostkowy koszt szczepionki zł
6. Proponowany łączny koszt szczepionek zł

V. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZENIA

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

VI. Uwagi oferenta mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty

.....

.....

.....

Data

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

Załączniki:

1. Statut podmiotu lub inny dokument potwierdzający jego formę organizacyjną (np. umowa cywilna) – lub kopia potwierdzona 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 tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem.
3. Dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu polityki zdrowotnej od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności - lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem.
4. Oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią, doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu polityki zdrowotnej.