|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr VII/1611/2018 Prezydenta Miasta Rzeszowa z dnia 13 marca 2018r.**FORMULARZ OFERTY KONKURSOWEJ NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN.:** |
|  **„PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU WCZESNEGO WYKRYWANIA I LECZENIA POWIKŁAŃ OCZNYCH CUKRZYCY DLA OSÓB Z CUKRZYCĄ TYPU 2, POWYŻEJ 45 ROKU ŻYCIA”** |
|  |
| **Podstawa prawna:** | **Art. 48 oraz art.48b ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.).** |
| **Składający ofertę1** | **[ ]**  | **Publiczny zakład opieki zdrowotnej** |
|  | **[ ]**  | **Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej** |
|  |  **[ ]**  | **Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej** |
|  | **[ ]**  | **Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej** |
| **Adresat:** | **Prezydent Miasta Rzeszowa** |
|  |
| **A. Dane ewidencyjne oferenta** |
|  | **A1. Dane ewidencyjne i adres wnioskodawcy** |  |
| **1. Pełna nazwa podmiotu2**      | **2. Pieczęć podmiotu**      |
| **3. Numer wpisu do rejestru3**      | **4. Status prawny podmiotu**      |
| **5. Województwo**      | **6. Miejscowość**      |
| **7. Kod pocztowy**      | **8. Poczta**      | **9. Ulica**      | **10. Nr domu**      | **11. Nr lokalu**      |
| **12. Telefon4**      | **13. Faks4**      | **14. E-mail**      |
|  |
|  |
|  | **A2. Rachunek bankowy** |  |
| **15. Nazwa banku**      | **16. Numer rachunku bankowego**      |
|  |
|  | **A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu5** |  |
| **17. Imię i Nazwisko** | **18. Funkcja** |
|  |
|  | **A4. Koordynator programu** |  |
| **19. Imię i Nazwisko**      | **20. Telefon4**      |
|  |
|  |
| **B. Informacja o zasobach kadrowych i rzeczowych** |
|  | **B1. Informacja o zasobach kadrowych i kompetencjach osób wykonujących program** |  |
| **21. Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach programu** |
|  | **22. Kwalifikacje zawodowe**      |  |
|  |
|  |
|  |
| Objaśnienia:1 W odpowiednich polach należy wstawić znak X.2 Imię i nazwisko w przypadku składania oferty przez osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.3 W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą – numer wpisu do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W pozostałych przypadkach – numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.4 Należy podać także numer kierunkowy.5 Należy podać imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania i dokonywania zobowiązań finansowych (zawierania umów) w imieniu podmiotu. |
|  |
|  |
|  | **B2. Informacja o zasobach rzeczowych** |  |
| **23. Miejsce realizacji programu – warunki lokalowe; wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności**      |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|     **C. Realizacja Programu** |
|  | **C1. Cel programu** |  |
| **24. Informacje o celach działań planowanych w ramach programu**      |
|  |
|  | **C2. Termin i miejsce realizacji programu** |  |
| **25. Okres realizacji programu**      |
|  |
|  | **C3. Adresaci programu** |  |
| **26. Informacja o docelowej liczbie adresatów programu** |
|  |
|  | **C4. Szczegółowy sposób realizacji programu** |  |
| **27. Dokładny opis realizacji programu** |
|  |
|  |
| **C5. Harmonogram działań w zakresie realizacji programu⁶** |
|  |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  **28. Rodzaj działania z uwzględnieniem realizatorów - personelu medycznego (liczba i sposób zaproszeń do Programu, rodzaj badań, forma edukacji zdrowotnej, itp.)** | **Miejsce i czas realizacji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
|  |
| Objaśnienia:6 Należy wymienić poszczególne działania Programu – rodzaj działania, proszę podać miejsce i czas ich realizacji ,np. liczbę spotkań, liczbę badań, wykaz osób biorących udział w realizacji poszczególnych działań i ich kompetencje oraz wykaz aparatury i sprzętu medycznego.

|  |
| --- |
| **D. Kosztorys** |
|  | **Lp.** | **Rodzaj kosztu / wydatku7** | **Kwota** |  |
|  | **1** |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |
|  | **3** |  |  |  |
|  | **4** |  |  |  |
|  | **5** |  |  |  |
|  | **6** |  |  |  |
|  | **7** |  |  |  |
|  | **8** |  |  |  |
|  | **9** |  |  |  |
|  | **10** |  |  |  |
|  | **11** |  |  |  |
|  | **12** |  |  |  |
|  | **13** |  |  |  |
|  | **14** |  |  |  |
|  | **15** |  |  |  |
|  | **16** |  |  |  |
|  | **17** |  |  |  |
|  | **18** |  |  |  |
|  | **19** |  |  |  |
|  | **20** |  |  |  |
|  | **Razem****Cena świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem w etapie I - wstępnym Programu** |  |  |
|  | **Koszty programu - ogółem** |  |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  | **Załączniki:**1. **właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);**
2. **oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;**
3. **dokumenty potwierdzające posiadanie specjalizacji w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz dokumenty potwierdzające prawo do wykonywania zawodu, w odniesieniu do lekarzy mających świadczyć usługi medyczne w ramach programu objętego ofertą konkursową.**
 |  |
|  | **Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Rzeszowa z dnia 13 marca 2018 r. o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: ”Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia powikłań ocznych cukrzycy dla osób z cukrzycą typu 2, powyżej 45 roku życia”** |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **29. Data podpisania** | **30. Podpis osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu składającego ofertę** |  |
| **D** | **D** | **-** | **M** | **M** | **-** | **R** | **R** | **R** | **R** |
|  |

 |  |
|  |

|  |
| --- |
| Objaśnienia:7 Należy podać koszty osobowe, rzeczowe oraz pozostałe (wymienić jakie), stanowiące podstawę wyliczenia ceny świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem. |

 |

                                                          |
|  |
|  |