Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr VII/1897..../2018
Prezydenta Miasta Rzeszowa
z dnia 1 października 2018 r.

OFERTA KONKURSOWA
„PROGRAM PROFILAKTYKI WAD POSTAWY – BADANIA UCZNIÓW KLAS I PUBLICZNYCH SZKÓŁ PODSTAWOWYCH PROWADZONYCH PRZEZ GMINĘ MIASTO RZESZÓW"

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.).
Składający ofertę[1]	☐ 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 podmiotu[2]	2. Pieczęć podmiotu
3. Numer wpisu do rejestru[3]	4. Status prawny podmiotu

5. Województwo		6. Miejscowość		
7. Kod pocztowy	8. Poczta	9. Ulica	10. Nr domu	11. Nr lokalu

12. Telefon[4]	13. Faks[4]	14. E-mail

A2. Rachunek bankowy

15. Nazwa banku	16. Numer rachunku bankowego

A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu[5]

17. Imię i Nazwisko	18. Funkcja

A4. Koordynator programu

19. Imię i Nazwisko	20. Telefon[4]

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 programu[6]

28. Rodzaj działania (liczba zaproszeń, badań, edukacji zdrowotnej, szkoleń 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 / wydatku[7]	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		
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 i pielęgniarek mających świadczyć usługi medyczne w ramach programu objętego ofertą konkursową.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Rzeszowa z dnia .....2018 r. o otwartym konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki wad postawy – badania uczniów klas I publicznych szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów"

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.

Dyrektor Wydziału Zdrowia

mgr Renata Żukowska