

OFERTA KONKURSOWA
PILOTAŻOWY PROGRAM WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ WIRUSOWEGO ZAPALENIA
WĄTROBY TYPU C, WŚRÓD MIESZKAŃCÓW MIASTA RZESZOWA

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 2015 r., poz. 581 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 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 podmiotu⁵

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

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. Czas realizacji

25. Okres realizacji programu

C3. Adresaci programu

26. Informacja o docelowej liczbie adresatów programu

C3. Harmonogram programu⁶

27. Dokładny opis programu

⁶ Należy podać miejsce i czas realizacji zaplanowanych działań, liczbę spotkań, liczbę badań oraz wykaz osób biorących udział w realizacji poszczególnych działań.

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		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
Razem		
Cena świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem. (Wartość wiążąca obejmująca wszystkie składniki kosztów)		

Załączniki:

- właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);
- 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 21 września 2015 r. o otwartym konkursie ofert na realizację programu pn.: „Pilotażowy Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”

28. Data podpisania

D D - M M - R R R R

29. Podpis osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu składającego ofertę

Objaśnienia:

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

Z up. PREZYDENTA MIASTA RZESZOWA

Stanisław Stenko
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA RZESZOWA

Dyrektor Wydziału Zdrowia

mgr Renata Żukowska

Oliver