

## 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 2015 r., poz. 581 z późn. zm.).

Składający ofertę<sup>1</sup>

- 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 <sup>2</sup>		2. Pieczęć podmiotu		
3. Numer wpisu do rejestru <sup>3</sup>		4. Status prawny podmiotu		
5. Województwo		6. Miejscowość		
7. Kod pocztowy	8. Poczta	9. Ulica	10. Nr domu	11. Nr lokalu
12. Telefon <sup>4</sup>	13. Faks <sup>4</sup>	14. E-mail		

##### A2. Rachunek bankowy

15. Nazwa banku	16. Numer rachunku bankowego
-----------------	------------------------------

##### A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu<sup>5</sup>

17. Imię i Nazwisko	18. Funkcja
---------------------	-------------

##### A4. Koordynator programu

19. Imię i Nazwisko	20. Telefon <sup>4</sup>
---------------------	--------------------------

#### 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:

<sup>1</sup> W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

<sup>2</sup> Imię i nazwisko w przypadku składania oferty przez osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>5</sup> 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 programu<sup>6</sup>**

27. Dokładny opis programu

Objaśnienia:

<sup>6</sup> 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 <sup>7</sup>	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		
<b>Razem</b>		
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 28 września 2015 r. o otwartym konkursie ofert na realizację programu pn.: „Program Profilaktyki Wad Postawy – badania uczniów klas I publicznych szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów”**

28. Data podpisania

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

D D - M M - R R R R

Objaśnienia:

<sup>7</sup> 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*

*Olson*