

OFERTA KONKURSOWA

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA JELITA GRUBEGO DLA OSÓB OD 40 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 2016 r., poz. 1793 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 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 / 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 w etapie wstępnym Programu		
Koszty programu - ogółem		

Załączniki:

- 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);
- oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
- 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 dniao otwartym konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:
"Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób od 40 roku życia"**

29. Data podpisania

D D - M M - R R R R

30. 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.

Dyrektor Wydziału Zdrowia

mgr Renata Zukowska

