

Załącznik nr 2 do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2016 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej” w zakresie koordynacji programu

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej” w zakresie koordynacji programu

I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

4. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny Regon:

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

8. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

10. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

--

11. Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

12. Wyposażenie gabinetu do przeprowadzania badań specjalistycznych w zakresie chirurgii naczyniowej:

--

13. Osoby monitorujące przebieg badań przesiewowych:

Lekarz specjalista w zakresie chirurgii naczyniowej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

14. Osoby prowadzące szkolenia dla realizatorów programu nt. tętniaka aorty brzusznej:

Lekarz specjalista w zakresie chirurgii naczyniowej (wykaz imienny, kwalifikacje, doświadczenie w prowadzeniu szkoleń dla kadry medycznej, forma współpracy z Oferentem)	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

15. Osoby koordynujące realizację programu :

Koordinator programu (kwalifikacje, doświadczenie w koordynowaniu programów zdrowotnych i promocji zdrowia, forma współpracy z Oferentem)	
Osoby opracowujące materiały edukacyjne i informacyjne (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z oferentem)	
Obsługa administracyjna (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Utworzenie i zarządzanie bazą danych programu (wykaz imienny, kwalifikacje, doświadczenie w prowadzeniu bazy danych medycznych, forma współpracy w Oferentem)	

Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu oraz środki transportu i łączności:

--

II. Informacje o programie

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

--

2. Planowana liczba uczestników programu

--

3. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów w gabinecie lekarskim, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

--

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.

1. Przewidywane koszty zadania

I.p.	Rodzaj kosztów	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)	z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (kwota brutto w zł)	z tego z finansowych środków własnych (kwota brutto w zł)
1.	Materiały edukacyjne i informacyjne: - plakaty (B2 - 480x 690mm) - ulotki (A4 - 210x297mm) - Zaproszenie na badanie - Kwestionariusz uczestnika programu - Informacja o wyniku badania przesiewowego			szt.			
2.	Szkolenia dla realizatorów programu			szkolenie			
3.	Koszty koordynacji (delegacje organizowanie wizyt monitorujących, monitorowanie przebiegu badań obsługa administracyjna, utworzenie i prowadzenie bazy danych)						
4.	Ogółem:						

2. Przewidywane źródła finansowania zadania

1.	Wnioskowana kwota dotacji zł%
2.	Środki finansowe własne zł%
3.	Ogółem zł	100 %

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji programów zdrowotnych i promocji zdrowia, (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)	
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią: ogłoszenia Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz załącznikami do ww. ogłoszenia.
2. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.
3. osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
4. wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujący działalność leczniczą, kopię wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopię rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo – rozwojowych itp.).
2. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
5. upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
7. oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców,
8. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
3. Załączniki przedstawione przez Oferenta, stanowiące składowe części oferty, powinny być ponumerowane.
4. Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów ośrodka.