

.....
(pieczęć oferenta)

Kraków, dnia

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Harmonogram i kosztorys na realizację programu badań wzroku u dzieci ze szkół podstawowych z terenu Dzielnicy VI

Czas realizacji programu: od 12 września do dnia 10 grudnia 2011 roku.

Opis programu:

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonaniu badań przesiewowych wad wzroku dzieci ze szkół podstawowych mieszczących się na terenie Dzielnicy VI.

Zakres badań obejmie:

1. Badanie ostrości wzroku: wykonane przy pomocy tablic do badania ostrości wzroku.
2. Badanie obuocznego widzenia (test Muchy, TNO, Langa).
3. Badanie ruchów oczu.
4. Badanie zeza jawnego i ukrytego („Cover – test”).
5. Zakraplanie oczu dziecka stosownymi kroplami
6. Badanie reakcji po cykloplegii (autorefraktometr komputerowy).

Na przeprowadzenie powyższych badań realizator programu zobowiązany będzie uzyskać zgodę dyrekcji szkół i rodziców/opiekunów dziecka.

Po przeprowadzeniu badań, rodzice dzieci, u których wykryto wady powinny otrzymać pisemną informację na temat stanu wzroku dziecka wraz z propozycją dalszego postępowania.

Miejsce realizacji programu : Szkoły z terenu Dzielnicy VI nr.....

Informacja i rejestracja pacjentów: telefoniczna od do..... (dni rejestracji) pod numeremw godzinach od..... do Podczas rejestracji wyznaczona zostanie godzina przyjęcia pacjenta.

Terminy przyjęć pacjentów: pacjenci będą przyjmowani od do (dni przyjęć) w godzinach od do (co najmniej 3 razy w tygodniu badania będą odbywać się w godzinach popołudniowych nie krócej niż do godz. 18.00).

Koszt wykonania programu wynosi:

Koszt wykonania badania jednego dziecka..... zł brutto,

Całkowity koszt realizacji Programu wyniesie nie więcej niż zł brutto.

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta

Kraków, dnia

.....
(pieczęć oferenta)

Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Programu badań wzroku u dzieci ze szkół podstawowych z terenu Dzielnicy VI

Zarejestrowana nazwa oferenta (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):

Organ dokonujący wpisu:

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk:

Adres siedziby (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):

Nazwa organu założycielskiego (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):

Organ dokonujący wpisu:

Numer wpisu organu założycielskiego do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

Adres siedziby (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):

Imię i nazwisko ora funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):

NIP :.....

REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:.....

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty w terminie wskazanym przez Komisję Konkursową dostarczę dokumenty potwierdzające dane, o których mowa wyżej.

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta

Formularz Oferty - oświadczenia oferenta**Nazwa programu, na który składana jest oferta:****Programu badań wzroku u dzieci ze szkół podstawowych z terenu Dzielnicy VI**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

2. Krótki opis gabinetów, w których realizowany będzie program:

.....

Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158).

3. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

LP	Imię i Nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, data zatrudnienia u oferenta)
1		
2		
3		
4		
5		

- Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi konieczne określone w pkt IV Warunków Konkursu.
- Oświadczam, że nie zalegam z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków.
- Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną (nazwa, wiek):

.....

(Uwaga: wypełniać tylko w przypadku konieczności stosowania w programie sprzętu specjalistycznego w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”).

- Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty w terminie wskazanym przez Komisję Konkursową dostarczę aktualne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa wyżej wraz z dokumentami niezbędnymi do podpisania umowy do tzn:

1). wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;

- 2). wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich/pielęgniarskich (w zależności od formy prowadzonej działalności);
- 3). statut (jeśli oferent taki posiada);
- 4). zaświadczenie o nr NIP;
- 5). zaświadczenie o nr REGON;
- 6). dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego mającego realizować program;
- 7). dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane);
- 8). oświadczenie o sposobie rozliczenia (rachunek/faktura VAT);
- 9). polisę odpowiedzialności cywilnej oferenta.

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w oświadczeniu oferenta dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta

Kraków, dnia

.....
(pieczęć szkoły)

ZGODA NA REALIZACJĘ NA TERENIE SZKOŁY PROGRAMU BADAŃ WZROKU

Wyrażam zgodę na realizację przez
„Programu badań wzroku u dzieci ze szkół podstawowych z terenu Dzielnicy VI” finansowanego ze środków Rady
Dzielnicy VI.

.....
podpis