

.....  
(pieczęć oferenta)

Kraków, dnia .....

## Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

### Harmonogram i kosztorys na realizację programu profilaktyki chorób serca i naczyń dla mieszkańców Dzielnicy

#### XI w wieku od 40 roku życia

**Czas realizacji programu:** od 4 lipca do dnia 10 grudnia 2011 roku w tym:

- od 4 lipca do dnia 30 września 2011 roku wyłącznie dla mieszkańców Dzielnicy XI,
- w przypadku niewykorzystania wszystkich środków finansowych od 1 października do 10 grudnia 2011 r. dla mieszkańców Miasta Krakowa.

**Opis programu:** Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

- 1) Konsultacji lekarskiej wraz z wywiadem i wstępnym badaniem celem ustalenia zakresu wykonywanych badań.
- 2) Przeprowadzenia u pacjenta badań zgodnie ze wskazaniami z konsultacji lekarskiej:
  - a. badania USG Doppler
  - i/lub
  - b. badania echa serca

**Po wykonaniu badań pacjent otrzyma pisemną informację z wynikami przeprowadzonych badań wraz z zaleceniami, co do dalszego postępowania.**

**Miejsce realizacji programu** : .....

.....  
**Informacja i rejestracja pacjentów:** telefoniczna od ..... do..... (dni rejestracji) pod numerem .....w 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 konsultacji lekarskiej jednego pacjenta ..... zł brutto.
- Koszt wykonania badania USG Doppler jednego pacjenta ..... zł brutto.
- Koszt wykonania badania Echa serca jednego pacjenta..... 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:

**Program profilaktyki chorób serca i naczyń dla mieszkańców Dzielnicy XI w wieku od 40 roku życia.**

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

Kraków, dnia .....

.....  
(pieczęć oferenta)

## Formularz Oferty - oświadczenia oferenta

### Nazwa programu, na który składana jest oferta:

#### **Program profilaktyki chorób serca i naczyń dla mieszkańców Dzielnicy XI w wieku od 40 roku życia**

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		

4. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi konieczne określone w pkt IV Warunków Konkursu.

5. Oświadczam, że nie zalegam z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków.

6. 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”).*

7. 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). decyzję Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przedmiocie spełnienia wymogów sanitarnych;
- 7). dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego mającego realizować program;
- 8). dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane);
- 9). oświadczenie o sposobie rozliczenia (rachunek/faktura VAT);
- 10). 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