

Kraków, dnia .....

(pieczęć oferenta)

## Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

### **Program profilaktyki chorób tarczycy dla mieszkańców Dzielnicy II .**

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

.....

Organ dokonujący wpisu:

.....

Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

.....

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

.....

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

.....

NIP :.....

REGON: .....

Nazwa banku i nr konta bankowego:

Sposób rozliczenia – (faktura VAT/Rachunek):

Adres miejsca (gabinetu), w którym będzie realizowany Program:

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

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

Kraków, dnia.....

.....  
(pieczęć oferenta)

## Formularz Oferty - oświadczenia oferenta

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

### Program profilaktyki chorób tarczycy dla mieszkańców Dzielnicy II

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych w tym warunkami umowy w szczególności w zakresie sposobu przekazywania i rozliczania środków publicznych (§ 6 i § 7 umowy) i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. 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		

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 na życzenie Udzielającego zamówienie dostarczę lub udostępnię w trakcie kontroli realizowanej na miejscu wykonywania usług aktualne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa wyżej 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) polisę odpowiedzialności cywilnej.

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

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

## Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

### Program profilaktyki chorób tarczycy dla mieszkańców Dzielnicy II .

**Miejsce realizacji Programu** (nazwa Przyjmującego zamówienie i dokładny adres gabinetu, w którym realizowany będzie Program):.....

#### Opis Programu:

W ramach programu przeprowadzone zostanie:

Badanie poziomu TSH i badanie USG tarczycy.

W przypadkach zdiagnozowania podejrzanych zmian pacjent zostanie poinformowany o konieczności podjęcia dalszego leczenia.

#### Czas realizacji Programu:

od dnia ..... do dnia ..... roku w tym:

- od dnia ..... do dnia ..... wyłącznie dla mieszkańców Dzielnicy II
- w przypadku niewykorzystania wszystkich środków finansowych od dnia ..... br. dla mieszkańców Miasta Krakowa.

#### Telefoniczna rejestracja i informacja pacjentów:

czynna od ..... do ..... Nr tel. 12 ..... w godz. od ..... do .....

Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

#### Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:

pacjenci będą przyjmowani od ..... do ..... w godz. od ..... do .....

#### Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

**Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie** (nr telefonu, e-mail):.....

#### Wysokość środków publicznych płatnych za jednostkowe świadczenia realizowane w ramach Programu, wyliczone wg wzoru $W^1 = K^1 \times P_0$ ,

gdzie:  $W^1$  = wysokość środków publicznych (z budżetu Miasta Krakowa) za jednostkowe świadczenie

$K^1$  = całkowity koszt jednostkowego badania = tj. środki Miasta + inne, np. Oferenta

$P_0$  = współczynnik stosunku przychodów Oferenta uzyskanych w poprzednim roku obrotowym z tytułu wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych

Wykonanie Programu dla jednego pacjenta  $W^1$  wynosi:..... zł brutto, współczynnik  $P_0$  wynosi.....

**Wysokość środków publicznych otrzymanych na realizację Programu** (wyliczona zgodnie ze wzorem określonym w art. 114 ust 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) wyniesie nie więcej niż ..... zł brutto .