

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program badań wad wzroku dzieci ze szkół podstawowych z terenu Dzielnicy VI

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

Opis Programu:

W ramach programu przeprowadzone zostaną badania przesiewowe wad wzroku dzieci, w tym:

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).

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

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

Czas realizacji Programu:

od dnia do dnia roku

Telefoniczna rejestracja i informacja pacjentów:

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

Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:

pacjenci będą przyjmowani oddo w godz. oddo

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

Cena badania przesiewowego wzroku jednego dziecka: 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 .

(podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

Kraków, dnia

(pieczęć oferenta)

Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program badań wad wzroku dzieci ze szkół podstawowych z terenu Dzielnicy VI

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 badań wad wzroku dzieci ze szkół podstawowych z terenu Dzielnicy VI

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. 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 oferenta.

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)

.....
(pieczęć szkoły)

Kraków, dnia

ZGODA NA REALIZACJĘ NA TERENIE SZKOŁY PROGRAMU BADAŃ WAD POSTAWY

Wyrażam zgodę na realizację przez

.....
„Programu badań wad wzroku dzieci ze szkół podstawowych z terenu Dzielnicy VI” - finansowanego z Budżetu Miasta Krakowa w ramach zadań priorytetowych Dzielnicy VI.

.....
podpis