

Kraków, dnia .....

.....  
(pieczęć oferenta)

## Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

### Harmonogram i kosztorys na realizację programu profilaktyki chorób alergicznych dla dzieci z terenu Dzielnicy II ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku 6-7 i 16-17 lat

**Czas realizacji programu:** od 23 maja do dnia 20 października 2011 roku w tym:

- od 23 maja do dnia 31 sierpnia 2011 roku wyłącznie dla dzieci z Dzielnicy II,
- w przypadku niewykorzystania wszystkich środków finansowych od 1 września do 20 października 2011 r. dla dzieci z Miasta Krakowa.

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

- 1) Badania ankietowego (wg wzoru stanowiącego załącznik do dokumentacji konkursowej) decydującego o ew. dalszej kwalifikacji dziecka na dalsze badania.
- 2) Konsultacji lekarskiej obejmującej poradę i ustalenie ewentualnego zakresu badań diagnostycznych.
- 3) Badania diagnostycznego wg wskazań lekarza obejmujące maksymalnie:
  - testy skórne,
  - oznaczenie poziomu przeciwciał we krwi,
  - testy płatkowe.
- 4) Końcowej konsultacji alergologicznej oceniającej wyniki testów wraz z zaleceniami co do dalszego postępowania wraz z wypełnieniem karty alergii ucznia.

**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 ankiety u jednego pacjenta - ..... zł brutto,

Koszt pierwszej konsultacji lekarskiej jednego pacjenta - ..... zł brutto,

Koszt wykonania testów skórnych u jednego pacjenta - ..... zł brutto,

Koszt wykonania oznaczenie poziomu przeciwciał we krwi u jednego pacjenta - ..... zł brutto,

Koszt wykonania testów płatkowych u jednego pacjenta - ..... zł brutto,

Koszt drugiej konsultacji lekarskiej jednego pacjenta - ..... 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 alergicznych dla dzieci z terenu Dzielnicy II ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku 6-7 i 16-17 lat**

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 alergicznych dla dzieci z terenu Dzielnicy II ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku 6-7 i 16-17 lat.**

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