

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Harmonogram i kosztorys na realizację programu profilaktyki zespołu metabolicznego – otyłość, cukrzyca, nadciśnienie u dzieci ze szkół podstawowych z Dzielnicy II.

Czas realizacji programu: od 10 maja do dnia 20 października 2010 roku w tym:

- od 10 maja do dnia 31 sierpnia 2010 roku wyłącznie dla dzieci z Dzielnicy II,
- w przypadku niewykorzystania wszystkich środków finansowych od 1 września do 20 października br. dla dzieci z innych dzielnic Miasta Krakowa.

Opis programu: Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

1. Wywiadu obejmującego pytania dotyczące:

a.

- obciążenie cukrzycą typu 2,
- obciążenie chorobami cukrzycowymi,
- obciążenie chorobami układu naczyniowo-sercowego

b. wywiad okołoporodowy:

- poród przedwczesny,
- wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu

2. Badanie fizykalne obejmujące:

- pomiar wskaźnika BMI,
- badanie gruczołu tarczycowego,
- pomiar ciśnienia tętniczego.

(Ankieta niezbędna do przeprowadzenia wywiadu zostanie opracowana w porozumieniu z wybranym Wykonawcą przed przystąpieniem do realizacji 1 części Programu.).

W przypadku przynajmniej jednego nieprawidłowego pomiaru z badania lub wykazania obciążenia na podstawie wywiadu pacjent zostanie skierowany do badań laboratoryjnych.

3. Badania laboratoryjne:

- badania cukru we krwi,
- badania TSH,
- lipidogram.

Badania laboratoryjne zakończą się drugą konsultacją w trakcie, której lekarz zinterpretuje wyniki i wyda zalecenia, co do dalszego postępowania.

Miejsce realizacji programu :

.....

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 objęcia pacjenta wywiadem i badaniem fizykalnym wynosi zł brutto.

Koszt objęcia pacjenta badaniami laboratoryjnymi i drugą konsultacją lekarską wynosi zł brutto.

Całkowity koszt realizacji programu wyniesie nie więcej niżzł brutto

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

.....
(pieczęć oferenta)

Kraków, dnia

Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program profilaktyki zespołu metabolicznego – otyłość, cukrzyca, nadciśnienie u dzieci ze szkół podstawowych z Dzielnicy II.

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 oraz 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:**

Program profilaktyki zespołu metabolicznego – otyłość, cukrzyca, nadciśnienie u dzieci ze szkół podstawowych z Dzielnicy II.

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 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późn. zm) lub są objęte tzw. programem dostosowawczym wynikającym z przepisów wskazanego Rozporządzenia.

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 - podać nazwę i 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 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