

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Harmonogram i kosztorys na realizację programu badań wad postawy wraz z zajęciami z gimnastyki korekcyjnej dzieci ze szkół z terenu Dzielnicy IX

Czas realizacji programu: od dnia 10 maja do dnia 10 grudnia 2010 roku.

Opis programu:

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na:

1. wykonaniu przez lekarza lub magistra rehabilitacji pod nadzorem lekarza w szkołach programu badań wad postawy w oparciu o tzw. test zgięciowy Adamsa oraz komputerową metodę oceny postawy (mora projekcyjna). Po wykonaniu badań rodzice/opiekunowie dzieci powinni otrzymać pisemną informację opisującą wynik badania, a w przypadku wykrycia wad wskazania, co do dalszego postępowania, ewentualnie propozycję gimnastyki korekcyjnej prowadzonej w ramach 2 etapu Programu,
2. przeprowadzeniu przez magistrów fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej w szkołach na terenie Dzielnicy VII zajęć z gimnastyki korekcyjnej.

Zajęcia z gimnastyki korekcyjnej odbywać się będą w grupach do 15 osób. W każdej z grup będzie przeprowadzonych min. 16 cykli zajęć (jeden cykl zajęć obejmuje 45 minut gimnastyki). Ilość grup uzależniona będzie od ilości dzieci skierowanych do gimnastyki z I etapu Programu.

Sprzęt niezbędny do prowadzenia gimnastyki zapewnia realizator programu.

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:

Etap I – badanie przesiewowe:

Koszt badania przesiewowego jednego dziecka wynosi..... zł brutto.

Etap II – gimnastyka korekcyjna:

Koszt 1 cyklu gimnastyki korekcyjnej wynosi..... zł brutto. (grupy do 15 osób, czas trwania cyklu min. 45 minut). Planuje się przeprowadzenie min 16 cykli dla jednej grupy.

Całkowity koszt realizacji programu wynosi 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 badań wad postawy wraz z zajęciami z gimnastyki korekcyjnej dzieci ze szkół z terenu Dzielnicy IX

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 badań wad postawy wraz z zajęciami z gimnastyki korekcyjnej dzieci ze szkół z terenu Dzielnicy IX**

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 wymagania 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). dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego mającego realizować program;
- 7). dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane);
- 8). oświadczenie o sposobie rozliczenia (rachunek/faktura VAT);
- 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.

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