

.....
(pieczęć oferenta)

Oferta na realizację programu zdrowotnego w 2010 roku:

.....
(wpisać nazwę programu)

I Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa:

.....
.....
.....

2. Adres

tel..... fax..... e-mail:.....

3. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru sądowego (proszę załączyć aktualne wyciągi z rejestrów):

.....

4. NIP:

5. Regon:

6. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (imię i nazwisko, numer telefonu kontaktowego):

.....

7. Osoby upoważnione do podpisania umowy na realizację programu:

.....

II. Posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe zapewniające realizację programu:

1. Personel medyczny i pomocniczy zatrudniony przy realizacji programu:

Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji programu

2. Warunki lokalowe (krótki opis), tj. miejsce wykonywania badań (dokładny adres), dostępność do świadczeń (wymienić dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń w ramach programu):

.....
.....
.....

3. Wyposażenie w sprzęt medyczny i aparaturę niezbędną do realizacji programu:

Opis (rodzaj, model)	Ilość	Rok produkcji	Własny lub dzierżawiony*

* w przypadku sprzętu dzierżawionego dołączyć dokumenty potwierdzające dostęp do sprzętu medycznego)

III. Kalkulacja kosztów realizacji programu:

Wyszczególnienie świadczeń	Proponowana liczba świadczeń	Stawka za świadczenie (cena brutto w zł)	Wartość brutto w zł
Całkowity koszt realizacji programu (brutto w zł)			
Słownie złotych brutto:			

IV. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu)

.....
.....
.....
.....
.....

V. Dodatkowe informacje o realizacji programu mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Bolesławiec o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programów zdrowotnych,
2. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3. przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
 - c) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - e) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udziały świadczeń zdrowotnych).

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

Załączniki:

- 1) kopia aktualnego wypisu z rejestru,
- 2) kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- 3) kopia aktualnej opinii inspektora sanitarnego o spełnieniu wymagań sanitarno – epidemiologicznych,
- 4) kopie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego i pomocniczego,
- 5) oświadczenie oferenta, iż osoby realizujące świadczenia w ramach programu posiadają kwalifikacje wymagane przez zamawiającego,
- 6) inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. rekomendacje, dotychczasowe osiągnięcia, dokumentacja prasowa dotycząca działalności itp.)

Prezydent Miasta
/ - / w/z Maciej Małkowski
II Z-ca Prezydenta Miasta

