Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr **199/2018**

Burmistrza Miasta Zakopanego

z dnia **22.08.2018 r.**

**FORMULARZ OFERTOWY**   
dotyczący wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej pn.:

**„Program profilaktyki wczesnego wykrywania zakażeń HCV wśród osób zameldowanych na pobyt stały  
w Zakopanem”.**

|  |
| --- |
| **Podstawa prawna: Art. 48 oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych***  ***ze środków publicznych* (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz.160 z późn. zm.).**  **Składający ofertę[[1]](#footnote-1) □ Publiczny zakład opieki zdrowotnej**  **□ Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej**  **□ Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidulanej specjalistycznej praktyki lekarskiej**  **□ Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej**  **□ Inne podmioty wykonujące działalność leczniczą (np. laboratoria, pracownie diagnostyczne)**  **Adresat: Burmistrz Miasta Zakopane** |
|  |
| 1. **Dane ewidencyjne oferenta**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **A1. Dane ewidencyjne i adres wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | 1. **Pełna nazwa podmiotu[[2]](#footnote-2)** | | | | | | 1. **Pieczęć podmiotu** | | | | | 1. **Numer wpisu do rejestru[[3]](#footnote-3)** | | | | | | 1. **Status prawny podmiotu** | | | | | 1. **Województwo** | | | 1. **Powiat** | | | | 1. **Miejscowość** | | | | 1. **Kod pocztowy** | 1. **Poczta** | | | | 1. **Ulica** | | | 1. **Nr domu** | 1. **Nr lokalu** | | 1. **Telefon** | | 1. **Faks** | | 1. **E-mail** | | | | | |  |  |  | | --- | --- | | **A2. Rachunek bankowy** | | | 1. **Nazwa banku** | 1. **Numer rachunku bankowego** |  |  |  | | --- | --- | | **A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu[[4]](#footnote-4)** | | | 1. **Imię i nazwisko** | 1. **Funkcja** |  |  |  | | --- | --- | | **A4. Koordynator programu** | | | 1. **Imię i nazwisko** | 1. **Telefon** | |
| 1. **Informacja o zasobach kadrowych i rzeczowych**  |  | | --- | | **B1. Informacja o zasobach kadrowych i kompetencjach osób wykonujących program** | | 1. **Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach programu** | | 1. **Kwalifikacje zawodowe** |  |  | | --- | | **B2. Informacja o zasobach rzeczowych** | | 1. **Miejsce realizacji programu – warunki lokalowe;** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Realizacja Programu**  |  | | --- | | **C1. Cel programu** | | 1. **Informacje o celach działań planowanych w ramach programu** |  |  | | --- | | **C2. Termin i miejsce realizacji programu** | | 1. **Okres realizacji programu** |  |  | | --- | | **C3. Adresaci programu** | | 1. **Informacje o docelowej liczbie adresatów programu** |  |  | | --- | | **C4. Szczegółowy sposób realizacji programu** | | 1. **Dokładny opis realizacji programu** |  |  |  | | --- | --- | | **C5. Harmonogram działań w zakresie realizacji programu[[5]](#footnote-5)** | | | 1. **Rodzaj działań (edukacja zdrowotna, rozpropagowanie akcji, informacje w mediach, itp.)** | **Miejsce i czas realizacji**  **(przewidywany łączny koszt)** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Kosztorys**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj kosztu / wydatku[[6]](#footnote-6)** | **Kwota** | | **1.** |  |  | | **2.** |  |  | | **3.** |  |  | | **4.** |  |  | | **5.** |  |  | | **6.** |  |  | | **7.** |  |  | | **Razem**  **Cena świadczeń w przeliczeniu na 1 osobę objętą Programem** | |  | | **Koszty programu – ogółem (ok. max. 300 osób)** | |  | | **Liczba osób, którą oferent zamierza przebadać ……………..** | |  | | **Maksymalna kwota finansowania świadczeń zdrowotnych wynosi ……..……….… zł brutto (słownie złotych: …………………….…..……………………………….………………..……),  *nie więcej niż 20 000,00 zł (dwadzieścia tysięcy złotych) ogółem.*** | | | |

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia konkursu, Regulaminem konkursu oraz Projektem umowy dotyczącym konkursu ofert na wybor realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki wczesnego wykrywania zakażeń HCV” wśród osób zameldowanych na pobyt stały  
   w Zakopanem;
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym  
   i faktycznym;
3. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów;
4. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
5. zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
6. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
7. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
8. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
9. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

………………………………… ………..…………………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątka przedstawiciela/-li oferenta

upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

1. Właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);
2. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.

Kopie dokumentów składane przez oferenta musza mieć adnotację „za zgodność  
z oryginałem” oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta  
w konkursie ofert.

1. W odpowiednich polach należy wstawić znak X. [↑](#footnote-ref-1)
2. Imię i nazwisko w przypadku składania oferty przez osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidulanej specjalistycznej praktyki lekarskiej. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą – numer wpisu do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność

   leczniczą.

   W pozostałych przypadkach – numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy podać imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania i dokonywania zobowiązań finansowych (zawierania umów) w imieniu podmiotu. [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wymienić poszczególne działania Programu – rodzaj działania, proszę podać miejsce i czas ich realizacji np. liczbę spotkań, liczbę badań, wykaz osób biorących udział w realizacji poszczególnych działań i ich kompetencje oraz wykaz aparatury i sprzętu medycznego. [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy podać koszty osobowe, rzeczowe oraz pozostałe (wymienić jakie), stanowiące podstawę wyliczenia ceny świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem. [↑](#footnote-ref-6)