

**OFERTA KONKURSOWA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN.:  
„PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA NADWAGI I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI  
KLAS III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH PROWADZONYCH PRZEZ GMINĘ MIASTO RZESZÓW NA LATA  
2024-2028”**

Podstawa prawna:	Art. 48 oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)
Składający ofertę <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Publiczny zakład opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub praktyki diagnosty laboratoryjnego <input type="checkbox"/> Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub praktyki diagnostów laboratoryjnych
Adresat:	Prezydent Miasta Rzeszowa

**A. Dane ewidencyjne oferenta**

<b>A1. Dane ewidencyjne i adres wnioskodawcy</b>				
1. Pełna nazwa podmiotu <sup>2</sup>		2. Pieczęć podmiotu		
3. Numer wpisu do rejestru: - podmiotów wykonujących działalność leczniczą - Krajowego Rejestru Sądowego		4. Status prawny podmiotu		
5. Województwo		6. Miejscowość		
7. Kod pocztowy	8. Poczta	9. Ulica	10. Nr domu	11. Nr lokalu
12. Telefon <sup>4</sup>	13. Faks <sup>4</sup>	14. E-mail		
<b>A2. Rachunek bankowy</b>				
15. Nazwa banku		16. Numer rachunku bankowego		
<b>A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu<sup>5</sup></b>				
17. Imię i Nazwisko		18. Funkcja		
<b>A4. Koordynator programu</b>				
19. Imię i Nazwisko			20. Telefon <sup>4</sup>	

**B. Informacja o zasobach kadrowych i rzeczowych**

<b>B1. Informacja o zasobach kadrowych i kompetencjach osób wykonujących program</b>	
21. Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach programu	
22. Kwalifikacje zawodowe	

Objaśnienia:

<sup>1</sup> W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

<sup>2</sup> Imię i nazwisko w przypadku składania oferty przez osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.

<sup>3</sup> Numer wpisu do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą i nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.

<sup>4</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>5</sup> Należy podać imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania i dokonywania zobowiązań finansowych (zawierania umów) w imieniu podmiotu.

## **B2. Informacja o zasobach rzeczowych**

**23. Miejsce realizacji programu – warunki lokalowe; wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności**

## **C. Realizacja Programu**

### **C1. Cel programu**

**24. Informacje o celach działań planowanych w ramach programu**

### **C2. Termin i miejsce realizacji programu**

**25. Okres realizacji programu i miejsce realizacji działań**

### **C3. Adresaci programu**

**26. Informacja o docelowej liczbie adresatów programu, sposobie ich rekrutacji itp.**

### **C4. Szczegółowy opis poszczególnych działań i interwencji, zawierający nazwę działania i krótki opis**

### **C5. Dostępność do świadczeń udzielanych w ramach programu (ilość dni w tygodniu, godziny przyjęć)**

### **C6. Możliwość wyłączenia przyjmowania pacjentów w ramach programu poza świadczeniami udzielanymi w ramach prowadzonej działalności**

**C7. Harmonogram działań w zakresie realizacji programu<sup>6</sup>**

27. Chronologiczne wyszczególnienie zadań z podaniem liczby konkretnych działań (liczba konsultacji, liczba szkoleń, wykładów działań promocyjnych itp.)	Miejsce i czas realizacji

Objaśnienia:

<sup>6</sup> 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.

**D. Kosztorys**

Lp.	Rodzaj kosztu / wydatku <sup>7</sup>	Kwota
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
Koszt jednostkowy w przeliczeniu na 1 osobę uwzględniający: 1) poradnictwo dietetyczne 2) poradnictwo psychologiczne 3) poradnictwo w zakresie aktywności ruchowej 4) pomiary antropometryczne (pół roku i rok po zakończeniu programu)		
Koszt jednostkowy w przeliczeniu na 1 osobę uwzględniający: 1) koszt akcji informacyjno-edukacyjnej 2) koszt ewaluacji i monitoringu programu		
<b>Koszty programu - ogółem</b>		

**Załączniki:**

- 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;
- oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
- dokumenty potwierdzające posiadanie specjalizacji w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz dokumenty potwierdzające prawo do wykonywania zawodu, w odniesieniu do personelu medycznego mającego świadczyć usługi medyczne w ramach programu objętego ofertą konkursową.

**Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Rzeszowa o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas III szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów na lata 2024-2028”**

29. Data podpisania

D D - M M - R R R R

30. Podpis osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu składającego ofertę

Objaśnienia:

<sup>7</sup> Należy podać koszty osobowe, rzeczowe oraz pozostałe (wymienić jakie), stanowiące podstawę wyliczenia ceny świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem.