

**FORMULARZ OFERTY KONKURSOWEJ NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN.:  
„PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO WŚRÓD MIESZKAŃCÓW  
MIASTA RZESZOWA NA LATA 2021-2025”**

Podstawa prawna:	Art. 48 oraz art. 48b ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).
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 <input type="checkbox"/> Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej
Adresat:	Prezydent Miasta Rzeszowa

<b>A. Dane ewidencyjne oferenta</b>				
<b>A1. Dane ewidencyjne i adres wnioskodawcy</b>				
1. Pełna nazwa podmiotu <sup>2</sup>			2. Pieczęć podmiotu	
3. Numer wpisu do rejestru <sup>3</sup> <small>- podmiotów wykonujących działalność leczniczą - Krajowego Rejestru Sądowego</small>			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>B. Informacja o zasobach kadrowych i rzeczowych</b>	
<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 numer 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

### C3. Adresaci programu

26. Informacja o docelowej liczbie adresatów programu

### C4. Szczegółowy sposób realizacji programu

27. Dokładny opis realizacji programu

## C5. Harmonogram działań w zakresie realizacji programu<sup>6</sup>

28. Rodzaj działania z uwzględnieniem realizatorów - personelu medycznego (liczba i sposób zaproszeń do Programu, rodzaj badań, forma edukacji zdrowotnej, 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		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
<b>Razem</b>		
Cena świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem odrębnie - w etapie I i etapie II - Programu oraz koszt akcji informacyjno-edukacyjnej (materiały – ulotki, plakaty, opracowanie spotu, monitoring programu)		
<b>Koszty programu - ogółem</b>		

**Załączniki:**

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;
2. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
3. dokumenty potwierdzające posiadanie specjalizacji w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz dokumenty potwierdzające prawo do wykonywania zawodu, w odniesieniu do lekarzy mających 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 wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Rzeszowa na lata 2021-2025”**

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 wycenienia ceny świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem.