

**OFERTA KONKURSOWA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN.:
„PROGRAM WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C, WŚRÓD
MIESZKAŃCÓW MIASTA RZESZOWA”**

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) i ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2125)
Składający ofertę ¹	<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				
A1. Dane ewidencyjne i adres wnioskodawcy				
1. Pełna nazwa podmiotu ²			2. Pieczęć podmiotu	
3. Numer wpisu do rejestru: <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 ⁴		13. Faks ⁴	14. E-mail	
A2. Rachunek bankowy				
15. Nazwa banku		16. Numer rachunku bankowego		
A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu⁵				
17. Imię i Nazwisko		18. Funkcja		
A4. Koordynator programu				
19. Imię i Nazwisko			20. Telefon ⁴	

B. Informacja o zasobach kadrowych i rzeczowych	
B1. Informacja o zasobach kadrowych i kompetencjach osób wykonujących program	
21. Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach programu	
22. Kwalifikacje zawodowe	

Objaśnienia:

¹ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

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

³ Numer wpisu do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą i Nr wpisu do Krajowego rejestru sądowego.

⁴ Należy podać także numer kierunkowy.

⁵ 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 programu⁶

28. Rodzaj działania: liczba rozdanych zaproszeń, badań, działań edukacyjnych, szkoleń, czasokres emisji spotu, upowszechnianie ulotek i plakatów – liczba osób i podmiotów, współpraca z innymi instytucjami (określić jakimi) itp.

Miejsce i czas realizacji

28. Rodzaj działania: liczba rozdanych zaproszeń, badań, działań edukacyjnych, szkoleń, czasokres emisji spotu, upowszechnianie ulotek i plakatów – liczba osób i podmiotów, współpraca z innymi instytucjami (określić jakimi) itp.	Miejsce i czas realizacji

Objaśnienia:

⁶ 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 ⁷	Kwota
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
Razem Cena świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą Programem odrębnie dla świadczeń medycznych i odrębnie dla kosztów akcji informacyjno-edukacyjnej.		
Koszty programu - ogółem		

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 wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa"

29. Data podpisania

D D - M M - R R R R

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

Objaśnienia:

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