

**FORMULARZ OFERTY KONKURSOWEJ NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN.:**  
**„PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU WCZESNEGO WYKRYWANIA I LECZENIA POWIKŁAŃ OCZNYCH CUKRZYCY  
DLA OSÓB Z CUKRZYCĄ TYPU 2, POWYŻEJ 45 ROKU ŻYCIA ”**

<b>Podstawa prawna:</b>	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 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.).
<b>Składający ofertę<sup>1</sup></b>	<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
<b>Adresat:</b>	Prezydent Miasta Rzeszowa

**A. Dane ewidencyjne oferenta**

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

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

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

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		
Razem		
Cena świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem odrębnie dla świadczeń gwarantowanych i odrębnie dla innych kosztów 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 (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);
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 i dokumenty potwierdzające prawo do wykonywania zawodu oraz oświadczenie potwierdzające doświadczenie w diagnostyce oraz leczeniu retinopatii cukrzycowej, w odniesieniu do lekarza/lekarzy mającego/ych 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 badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia powikłań ocznych cukrzycy dla osób z cukrzycą typu 2, powyżej 45 roku życia"**

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.

