

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

**OFERTA**  
**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

w trybie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku  
o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych ( t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm).

.....  
(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )

w okresie od ..... do .....

## I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

- 1) NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ .....  
.....  
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej )
- 2) DOKŁADNY ADRES: .....  
TEL. .... FAX. ....  
E-MAIL ..... http:// .....
- 3) FORMA PRAWNA .....
- 4) NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR  
.....
- 5) NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI .....
- 6) NR NIP .....
- 7) NAZWA BANKU I NR RACHUNKU .....
- 8) NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ  
.....
- 9) OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)  
.....

## II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający specyfikę programu (m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych programem, rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji programu)

2. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji programu.

3. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

4. Miejsce wykonywania programu z uwzględnieniem podwykonawców biorących udział przy realizacji programu, dokładny adres, telefon, adres mailowy, (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w programie , dni i godziny realizacji programu)

5. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia

6. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną/.

### III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

#### 1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Rodzaj kosztów *	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)
OGÓŁEM					

\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

#### 2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....  
.....  
.....

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

#### Załączniki:

- 1) aktualny wydruk/odpis Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu,
- 2) aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
- 3) informacja merytoryczno - finansowa w zakresie działalności placówki,
- 4) oświadczenie o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem,
- 5) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego,
- 6) inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z warunkami konkursu wskazanymi w ogłoszeniu konkursowym
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)