

.....
(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 2015 roku, poz. 581z póź. 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)

--