

.....
pieczęć oferenta

FORMULARZ OFERTY

na realizatora w 2019 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”.

I DANE OFERENTA:

1. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....
.....

2. Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, adres e-mail:

.....
.....

3. Nazwa podmiotu tworzącego

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

5. Numer NIP:

6. Numer REGON:

7. Nazwa banku i numer konta bankowego:

.....
.....

8. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą (imię, nazwisko, nr tel.):

.....

9. Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię, nazwisko, nr tel.):

.....

10. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie umowy (imię, nazwisko, nr tel.)

.....

11. Osoba upoważniona do podpisania umowy (imię, nazwisko, nr tel.)

.....

II WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE W SPRZĘT DO REALIZACJI ZADANIA:

1. Pomieszczenia:

Pomieszczenia	Liczba	Tak *	Nie*
Pomieszczenia do wykonywania badań			
Wydzielona rejestracja			
Pomieszczenia do przeprowadzenia edukacji			

* Zaznaczyć właściwe X

2. Aparatura i sprzęt medyczny:

.....

.....

.....

.....

III KWALIFIKACJE OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROGRAMIE:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe

IV KALKULACJA KOSZTÓW:

Planowana liczba przebadanych -

Planowany koszt całkowity udziału w programie **jednej** osoby brutto wynosi ok. zł.

Koszt całkowity udziału w programie jednej osoby brutto uwzględnia poszczególne jego składowe:

- koszt rejestracji/wstępnej interwencji: zł
- koszt spotkań indywidualnych i edukacyjnych zł
- koszt materiałów jednorazowego użytku i utylizacji: zł
- koszty promocyjno-edukacyjne: zł
- koszty administracyjno-biurowe, itp.: zł

Stawki winny być podane w kwotach brutto

1.	Cena jednostkowa usługi za przeprowadzenie jednego badania (tj. koszt rejestracji, koszt badania, koszt edukacji, koszt materiałów jednorazowego użytku, koszt z tytułu opłat, koszt wynagrodzeń dla personelu itp.).	Kwota brutto
2.	Całkowity koszt programu	Kwota brutto

V INFORMACJE O POSIADANYM SPRZĘCIE MEDYCZNYM ZAWARTYM W OFERCIE:

Nazwa:.....

.....

Rok produkcji.....

Nazwa producenta

VI PODPISY OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA:

.....

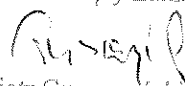
Załączniki – 9:

1. Oświadczenie oferenta, stanowiące załącznik nr 2 do Ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora w 2019 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”;
2. Kserokopia aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
3. Kserokopia aktualnego wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu;
4. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu (dyplom lub zaświadczenie o nabytych uprawnieniach edukatora dla chorych na cukrzycę oraz inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje, zgodnie z pkt. 4.8 Programu;
5. Kserokopia zaświadczenia o nr NIP;
6. Kserokopia zaświadczenia o nr REGON;
7. Kserokopia polisy ubezpieczenia OC w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
8. Harmonogram przeprowadzenia kampanii promocyjno-informacyjnej;

9. Klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 3 do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora Programu), podpisane przez wszystkie osoby, których dane osobowe zostały zawarte w Ofercie lub jej załącznikach.

Dokumenty załączone do oferty w formie kserokopii winny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

Przewodniczący Zarządu



Piotr Gruszczyński

