

.....
/pieczęć Oferenta/

O F E R T A

**NA WYBÓR REALIZATORA
„PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORU GRUCZOŁU
KROKOWEGO DLA MĘŻCZYŹN ZAMIESZKAŁYCH
NA TERENIE GMINY TOSZEK W WIEKU 50-69 LAT"
W ROKU 2019**

w trybie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.)

I. DANE OFERENTA

1. NAZWA OFERENTA - PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

2. ADRES OFERENTA - PODMIOTU LECZNICZEGO

3. NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

4. NUMER WPISU DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

5. NUMER NIP I NUMER REGON

6. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO I NAZWA BANKU, NA KTÓRY BĘDĄ PRZELEWANE ŚRODKI FINANSOWE NA REALIZACJĘ PROGRAMU

7. DANE KONTAKTOWE (NUMER TELEFONU, FAKSU, ADRES E-MAIL, IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU - KOORDYNATORA PROGRAMU)

II. OPIS MOŻLIWOŚCI REALIZACJI PROGRAMU

1. INFORMACJA O PERSONELU REALIZUJĄCYM PROGRAM (PERSONEL MEDYCZNY I POZOSTAŁY - WYKAZ IMIENNY, LICZBA OSÓB, KWALIFIKACJE)

Lp.	Personel medyczny - kwalifikacje	Imię i nazwisko
1.	Lekarze rodzinni/interniści	
2.	Lekarze specjaliści - urolodzy	
3.	Osoby do obsługi organizacyjnej Programu odpowiedzialne za rejestrację pacjentów, prowadzenie bazy danych	
Miejsce na dodatkowe informacje		

2. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ

--

3. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU (DNI TYGODNIA I GODZINY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ)

Lp.	Dostępność do świadczeń w ramach Programu	Należy wstawić „X” we właściwym polu
1.	co najmniej <u>3 razy w tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
2.	co najmniej <u>4 razy w tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
3.	co najmniej <u>5 razy w tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
4.	co najmniej <u>6 razy w tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
5.	co najmniej <u>2 razy w godzinach popołudniowych</u> (co najmniej do godz. 17:00)	
Miejsce na dodatkowe informacje		

4. ODLEGŁOŚĆ PLACÓWKI ZDROWOTNEJ, W KTÓREJ PROGRAM BĘDZIE REALIZOWANY:

Lp.	Odległość placówki zdrowotnej	Należy wstawić „X” we właściwym polu
1.	Placówka zlokalizowana w odległości 15-18 km od Toszka	
2.	Placówka zlokalizowana w odległości 6-14 km od Toszka	
3.	Placówka zlokalizowana na terenie Gminy Toszek lub w odległości do 5 km od Toszka	
Miejsce na dodatkowe informacje		

5. SPOSÓB PRZEPROWADZENIA KAMPANII INFORMACYJNO-EDUKACYJNEJ (RODZAJ DZIAŁAŃ, LICZBA UCZESTNIKÓW)

Lp.	Sposób przeprowadzenia kampanii informacyjno- edukacyjnej	Należy wstawić „X” we właściwym polu
1.	telefoniczne poinformowanie beneficjentów Programu	
2.	indywidualna rozmowa z pacjentem podczas wizyty w placówce	
3.	rozpowszechnienie materiałów promocyjno-edukacyjnych na terenie placówki zdrowotnej (w tym plakatów, ulotek)	
Miejsce na dodatkowe informacje		

6. MIEJSCE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ (DOKŁADNY ADRES)

--

7. WKŁAD RZECZOWY - WYPOSAŻENIE I SPRZĘT (INFORMACJA O GABINECIE ZABIEGOWYM POZWALAJĄCYM NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ W SPOSÓB NIE KOLIDUJĄCY Z BIEŻĄCĄ DZIAŁALNOŚCIĄ ZAKŁADU ORAZ PROGRAMIE KOMPUTEROWYM DO REJESTRACJI DANYCH)

--

8. LICZBA OSÓB Z AKTYWNEJ LISTY PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZROWOTNEJ OFERENTA W WIEKU SPEŁNIAJĄCYM KRYTERIA PROGRAMU, TJ. MĘŻCZYZN URODZONYCH W LATACH 1950-1964

--

III. KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. KALKULACJA KOSZTÓW

1.	Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach Programu uwzględniająca zakres pkt V ogłoszenia o konkursie PLN
2.	Liczba mężczyzn odpowiadającym warunkom niniejszego Programu <u>zadeklarowanych (zapisanych)</u> do POZ w ramach NFZ (tj. ilość mężczyzn w wieku 55-69 lat, tj. urodzonych w latach 1950-1964 według stanu na dzień składania oferty)	Liczba mężczyzn urodzonych w latach 1950-1964 - szt
3.	Maksymalna deklarowana liczba świadczeń, jaką Oferent może wykonać w ramach Programu (ilość mężczyzn z uwzględnieniem liczby <u>mężczyzn</u> zapisanych także do lekarza pierwszego kontaktu <u>u innego świadczeniodawcy</u>), według stanu na dzień składania oferty szt
4.	Całkowity koszt brutto realizacji Programu (1 x 3) PLN słownie:

2. UWAGI MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY OCENIE KALKULACJI KOSZTÓW

IV. JEDNOCZEŚNIE OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią i warunkami ogłoszenia Burmistrza Toszka o konkursie ofert na wybór Realizatora „Programu profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 50-69 lat” w roku 2019, nie wnosi do nich zastrzeżeń, akceptuje zasady realizacji w/w Programu określone w warunkach konkursowych.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Przedmiot Programu mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów prawa.
4. Posiada niezbędne środki finansowe, lokalowe wraz z wyposażeniem spełniające wymogi obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie, a osoby realizujące świadczenia w ramach Programu legitymują się wymaganymi kwalifikacjami.
5. Posiada podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2019.
6. Przez cały okres realizacji Programu zobowiązuje się do:
 - 1) zatrudnienia przy realizacji Programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 2) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń,
 - 3) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - 4) utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez cały okres realizacji Programu,
 - 5) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach Programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń objętych Programem, wyposażenia, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

....., dnia

/miejscowość/

/data/

.....
/pieczętka i podpis osób(-y) upoważnionych(-ej)
do reprezentacji Oferenta lub pełnomocnika Oferenta/

Załączniki do oferty:

1. Aktualny odpis/wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę, wskazanego w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.).
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji informacji o działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert.