

.....
/pieczęć Oferenta/

O F E R T A

**NA WYBÓR REALIZATORA (REALIZATORÓW)
„PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORU GRUCZOŁU
KROKOWEGO DLA MĘŻCZYZN ZAMIESZKAŁYCH
NA TERENIE GMINY TOSZEK W WIEKU 50-69 LAT”
W ROKU 2022**

w trybie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 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 (LICZBA LAT, NAZWY PROGRAMÓW)

--

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>2 razy w tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
2.	co najmniej <u>3 razy w tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
3.	co najmniej <u>4 razy w tygodniu</u> , w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00)	
4.	co najmniej <u>5 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 21-25 km od Toszka	
2.	Placówka zlokalizowana w odległości 15-20 km od Toszka	
3.	Placówka zlokalizowana w odległości 6-14 km od Toszka	
4.	Placówka zlokalizowana na terenie miasta 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/ Inne:		

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. MĘŻCZYŹN URODZONYCH W LATACH 1953-1967

--

III. KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. KALKULACJA KOSZTÓW

1.	Cena jednostkowa brutto za wykonanie <u>pojedynczego świadczenia</u> w ramach Programu uwzględniająca zakres pkt V ogłoszenia o konkursie PLN
2.	Liczba mężczyzn odpowiadającym warunkom niniejszego Programu <u>zadeklarowanych (zapisanych)</u> do POZ Oferenta w ramach NFZ (tj. ilość mężczyzn w wieku 55-69 lat, tj. urodzonych w latach 1953-1967 według stanu na dzień składania oferty)	Liczba mężczyzn urodzonych w latach 1953-1967 - 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 (Realizatorów) „Programu profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 50-69 lat” w roku 2022, 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 2022.
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 2022 r. poz. 633 z późn. zm.) - wyłącznie w przypadku nie wskazania w ofercie numeru rejestru.