

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

OFERTA

NA REALIZACJĘ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH SZCZEPIONKĄ PRZECIW WIRUSOWI BRODAWCZAKA LUDZKIEGO HPV (TYP 16 i 18) W 2017 r. W RAMACH „PROGRAMU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE WILKÓW NA LATA 2016-2018”

w trybie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(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) NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

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

.....
.....

5) NR NIP

6) NAZWA BANKU I NR RACHUNKU

.....
.....

7) NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

8) OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)

.....
.....

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. 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).

4. Harmonogram planowanych działań z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia.

5. 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 z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu;
- 2) aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 3) oświadczenie o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług leczniczych;
- 4) oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego;
- 5) inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z warunkami konkursu wskazanymi w ogłoszeniu konkursowym;

6)

7)

8)

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)