

.....
(pieczęć oferenta)

Kraków, dnia

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

**Harmonogram i kosztorys na realizację programu badań w kierunku wykrywania raka piersi dla mieszkank
Dzielnicy VI w wieku od 40 roku życia**

Czas realizacji programu: od 10 maja do dnia 20 października 2010 roku w tym:

- od 10 maja do dnia 31 sierpnia 2010 roku wyłącznie dla mieszkank Dzielnicy VI,
- w przypadku niewykorzystania wszystkich środków finansowych od 1 września do 20 października br. dla mieszkańców Miasta Krakowa.

Opis programu: Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na:

1. wykonanie badania mammograficznego;
2. kontroli wyniku badania przez lekarza specjalistę – w trakcie wizyty pacjentka zostanie poinformowana o wyniku badania oraz pouczona co do dalszego postępowania. Przeprowadzone zostanie również szkolenie w zakresie samokontroli piersi;
3. w przypadkach wątpliwych wykonanie uzupełniającego badania USG oraz dodatkowej wizyty lekarskiej.

Miejsce realizacji programu :

Informacja i rejestracja pacjentów: telefoniczna od do..... (dni rejestracji) pod numeremw godzinach od.....do..... Podczas rejestracji wyznaczona zostanie godzina przyjęcia pacjenta.

Terminy przyjęć pacjentów: pacjenci będą przyjmowani od do (dni przyjęć) w godzinach od do (co najmniej 3 razy w tygodniu badania będą odbywać się w godzinach popołudniowych nie krócej niż do godz. 18.00).

Koszt wykonania programu wynosi:

- koszt wykonania jednego badania mammograficznego wynosi zł brutto,
- koszt wykonania jednego badania USG wynosi zł brutto,
- koszt wykonania konsultacji lekarskiej (kontroli wyniku) wynosi zł brutto,

Całkowity koszt realizacji programu wyniesie nie więcej niż zł brutto.

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta

Kraków, dnia

.....
(pieczęć oferenta)

Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program badań w kierunku wykrywania raka piersi dla mieszkanek Dzielnicy VI w wieku od 40 roku życia.

Zarejestrowana nazwa oferenta (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):
.....
.....

Organ dokonujący wpisu:
.....

Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk:
.....

Adres siedziby (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):
.....

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta (wg wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk):
.....

Nazwa organu założycielskiego (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):
.....
.....

Organ dokonujący wpisu:
.....

Numer wpisu organu założycielskiego do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:
.....

Adres siedziby (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):
.....

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (wg wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej):
.....

NIP :.....

REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:.....

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty w terminie wskazanym przez Komisję Konkursową dostarczę dokumenty potwierdzające dane, o których mowa wyżej.

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta

.....
(pieczęć oferenta)

Kraków, dnia

Formularz Oferty - oświadczenia oferenta

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Program badań w kierunku wykrywania raka piersi dla mieszkanek Dzielnicy VI w wieku od 40 roku życia.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

2. Krótki opis gabinetów, w których realizowany będzie program:

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

Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późn. zm) lub są objęte tzw. programem dostosowawczym wynikającym z przepisów wskazanego Rozporządzenia.

3. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

LP	Imię i Nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, data zatrudnienia u oferenta)
1		
2		
3		
4		
5		

4. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania konieczne określone w pkt IV Warunków Konkursu.

5. Oświadczam, że nie zalegam z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków.

6. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną - podać nazwę i wiek. (Uwaga: wypełniać tylko w przypadku konieczności stosowania w programie sprzętu specjalistycznego w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”).

7. Oświadczam, że posiadam pozytywną opinię konsultanta województwa małopolskiego w dziedzinie diagnostyki obrazowej, potwierdzającą kwalifikacje każdego z członków zespołu medycznego obsługującego aparat mammograficzny oraz spełnianie przez aparat mammograficzny, na których wykonywane będą badania wymagań technicznych niezbędnych do realizacji Programów profilaktycznych

8. Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty w terminie wskazanym przez Komisję Konkursową dostarczę dokumenty potwierdzające dane, o których mowa wyżej wraz z dokumentami niezbędnymi do podpisania umowy do tzn:
- 1). wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
 - 2). wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich/pielęgniarskich (w zależności od formy prowadzonej działalności);
 - 3). statut (jeśli oferent taki posiada);
 - 4). zaświadczenie o nr NIP;
 - 5). zaświadczenie o nr REGON;
 - 6). decyzję Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przedmiocie spełnienia wymogów sanitarnych;
 - 7). dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego mającego realizować program;
 - 8). dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane);
 - 9). oświadczenie o sposobie rozliczenia (rachunek/faktura VAT);
 - 10). polisę odpowiedzialności cywilnej oferenta;
 - 11). pozytywną opinię konsultanta województwa małopolskiego w dziedzinie diagnostyki obrazowej, potwierdzającą kwalifikacje każdego z członków zespołu medycznego obsługującego aparat mammograficzny oraz spełnianie przez aparat mammograficzny, na których wykonywane będą badania wymagań technicznych niezbędnych do realizacji Programów profilaktycznych.

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w oświadczeniu oferenta dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej do reprezentacji
oferenta