|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Załącznik Nr 1 do ogłoszenia do Uchwały Nr 303/2022   Zarządu Powiatu Przemyskiego Nr 303/2022 z dnia 28 lutego 2022r.  **FORMULARZ OFERTY KONKURSOWEJ NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN.:** | | | | | | | | | | | | | |
| **"Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia na lata  2022-2024 dla mieszkańców Powiatu Przemyskiego**” **w 2022 r.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Podstawa prawna:** | | | **Art. 48 oraz art.48b ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.).** | | | | | | | | | | |
| **Składający ofertę1** | |  | **Publiczny zakład opieki zdrowotnej** | | | | | | | | | | |
|  | |  | **Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej** | | | | | | | | | | |
|  | |  | **Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej** | | | | | | | | | | |
|  | |  | **Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej** | | | | | | | | | | |
| **Adresat:** | | | **Zarząd Powiatu Przemyskiego** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **A. Dane ewidencyjne oferenta** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **A1. Dane ewidencyjne i adres wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | |  |
| **1. Pełna nazwa podmiotu2** | | | | | | | | **2. Pieczęć podmiotu** | | | |
| **3. Numer wpisu do rejestru3** | | | | | | | | **4. Status prawny podmiotu** | | | |
| **5. Województwo** | | | | | **6. Miejscowość** | | | | | | |
| **7. Kod pocztowy** | | | **8. Poczta** | | **9. Ulica** | | | | | **10. Nr domu** | **11. Nr lokalu** |
| **12. Telefon4** | | | | **13. E-mail** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | **A2. Rachunek bankowy** | | | | | | | | | | | |  |
| **14. Nazwa banku** | | | | | | **15. Numer rachunku bankowego** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | **A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu5** | | | | | | | | | | | |  |
| **16. Imię i Nazwisko** | | | | | | | **17. Funkcja** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | **A4. Koordynator programu** | | | | | | | | | | | |  |
| **18. Imię i Nazwisko** | | | | | | | | | **19. Telefon4** | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **B. Informacja o zasobach kadrowych i rzeczowych** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **B1. Informacja o zasobach kadrowych i kompetencjach osób wykonujących program** | | | | | | | | | | | |  |
| **20. Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach programu** | | | | | | | | | | | |
|  | **21. Kwalifikacje zawodowe** | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Objaśnienia:  1 W odpowiednich polach należy wstawić znak X.  2 Imię i nazwisko w przypadku składania oferty przez osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.  3 W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą – numer wpisu do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W pozostałych przypadkach – numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.  4 Należy podać także numer kierunkowy.  5 Należy podać imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania i dokonywania zobowiązań finansowych (zawierania umów) w imieniu podmiotu. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | **B2. Informacja o zasobach rzeczowych** | | | | | | | | | | | |  |
| **22. Warunki lokalowe miejsca realizacji; wyposażenie w sprzęt medyczny, posiadanie w swojej strukturze laboratorium lub gwarantowany dostęp do laboratorium** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C. Realizacja Programu** | | |
|  | **C1. Cel programu** |  |
| **23. Informacje o celach działań planowanych w ramach programu** |
|  | | |
|  | **C2. Termin, miejsce i czas realizacji programu** |  |
| **24. Okres realizacji programu, miejsce realizacji programu oraz godziny w jakich program będzie realizowany.** |
|  | | |
|  | **C3. Adresaci programu** |  |
| **25. Informacja o docelowej liczbie adresatów programu** |
|  | | |
|  | **C4. Szczegółowy sposób realizacji programu** |  |
| **26. Dokładny opis realizacji programu** |
|  | | |
|  | | |
| **C5. Harmonogram działań w zakresie realizacji programu⁶** | | |
|  | | |
|  | | |
| |  |  | | --- | --- | | **27. Rodzaj działania z uwzględnieniem realizatorów - personelu medycznego (liczba i sposób zaproszeń do Programu, rodzaj badań, forma edukacji zdrowotnej, itp.)** | **Miejsce i czas realizacji** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | |
|  | | |
| Objaśnienia:  6 Należy wymienić poszczególne działania Programu – rodzaj działania, proszę podać miejsce i czas ich realizacji ,np. liczbę spotkań, liczbę badań, wykaz osób biorących udział w realizacji poszczególnych działań i ich kompetencje oraz wykaz aparatury i sprzętu medycznego.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **D. Kosztorys** | | | | | |  | **Lp.** | **Rodzaj kosztu / wydatku7** | **Kwota** |  | |  | **1** |  |  |  | |  | **2** |  |  |  | |  | **3** |  |  |  | |  | **4** |  |  |  | |  | **5** |  |  |  | |  | **6** |  |  |  | |  | **7** |  |  |  | |  | **8** |  |  |  | |  | **9** |  |  |  | |  | **10** |  |  |  | |  | **11** |  |  |  | |  | **12** |  |  |  | |  | **13** |  |  |  | |  | **14** |  |  |  | |  | **Razem**  **Cena jednostkowa porady pielęgniarskiej, cena jednostkowa badania biochemicznego krwi oraz koszt edukacji zdrowotnej populacji docelowej, materiałów edukacyjno-informacyjnych oraz monitoringu i ewaluacji** | |  |  | |  | **Koszty programu - ogółem** | |  |  | |  | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | | | |  | **Załączniki:**   1. **właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);** 2. **oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;** 3. **oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralność za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.** 4. **oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.** 5. **Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę wskazujące , że kwota środków przeznaczona zostanie na realizacje zadania zgodnie z ofertą w że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł** |  | |  | **Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Zarządu Powiatu Przemyskiego o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: "Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia na lata 2022-2024 dla mieszkańców Powiatu Przemyskiego” w 2022 r.**. |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **28. Data podpisania** | | | | | | | | | | **29. Podpis osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu składającego  ofertę** |  | | **D** | **D** | **-** | **M** | **M** | **-** | **R** | **R** | **R** | **R** | |  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  | | --- | | Objaśnienia:  7 Należy podać koszty osobowe, rzeczowe oraz pozostałe (wymienić jakie), stanowiące podstawę wyliczenia ceny świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem. | | | |