

Załącznik Nr 2
do uchwały Nr 46/537/15
Zarządu Województwa Lubuskiego
z dnia 14 lipca 2015 r.

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

na realizację zadania pn.:
„Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc
dla mieszkańców województwa lubuskiego”

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa:

.....

Dokładny adres (z kodem pocztowym):

.....

.....

Nr tel.: nr fax:

e-mail.....http://.....

NIP.....

REGON.....

Osoba/(-y) upoważniona/(-e) do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu,
w tym do podpisania umowy (imię, nazwisko, zajmowane stanowisko)

.....

.....

Koordinator Programu – osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji Programu (nazwisko
i imię, numer telefonu, adres e-mail):

.....

II. Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będzie realizowany Program:

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

III. Wykaz imienny personelu, który będzie realizował Program wraz z określeniem kwalifikacji zawodowych

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

IV. Sprzęt konieczny do realizacji świadczeń w ramach Programu (zapewnienie możliwości wykonania niskodawkowego badania tomografem komputerowym (LDCT) klatki piersiowej, z opisem). W przypadku planowania wykonywania świadczeń na sprzęcie niebędącym własnością Oferenta, wymagane jest dołączenie do oferty dokumentu potwierdzającego możliwość wykonania świadczeń objętych konkursem (np. umowa użyczenia, na użytkowanie, lub umowa z innym podmiotem, który wykona to badanie).

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

V. Plan rzeczowo-finansowy:

1. Liczba osób, którą oferent zamierza przebadac w ramach Programu:
2. Koszt **I konsultacji** (pulmonologicznej) u jednej osoby:
3. Koszt **badania LDCT** u jednej osoby:
4. Koszt **II konsultacji** (pulmonologicznej) u jednej osoby:

Całkowity koszt realizacji świadczeń w ramach Programu, wynikający z przedstawionego powyżej planu rzeczowo-finansowego: liczba osób x [[jednostkowy koszt I konsultacji (pulmonologicznej) + jednostkowy koszt badania LDCT + jednostkowy koszt II konsultacji (pulmonologicznej)]

ad.1 x [ad.2 + ad.3 + ad.4]

VI. Dostępność do świadczeń w ramach Programu:

Miejsce realizacji Programu (dokładny adres):

.....
.....

W tym:

- miejsce przeprowadzenia konsultacji pulmonologicznych:

.....

- miejsce wykonania niskodawkowego badania tomografem komputerowym (LDCT) klatki piersiowej (wraz z opisem):

.....

- miejsce, którym pacjent będzie mógł wypełnić ankietę przed pierwszą konsultacją pulmonologiczną oraz po drugiej konsultacji pulmonologicznej:

.....

.....

Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach Programu:

.....

.....

.....

.....

Sposób rejestracji pacjentów do Programu:

- osobiście (adres, dni, godziny)

.....

.....

-telefonicznie (numer tel., dni, godziny)

.....

.....

.....

Proszę podać źródło informacji, z którego Oferent dowiedział się o konkursie ofert:

.....

.....

VII. Oświadczenie o wpisach do rejestrów (właściwie proszę zaznaczyć „X”) ¹:

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez, pod numerem
- praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez, pod numerem

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem
- nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

- tak
- nie

VIII. Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację „Program polityki zdrowotnej wczesniej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego”.
2. Wszystkie podane w „Formularzu oferty ” oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób
upoważnionej/-nych do reprezentacji oferenta
oraz składania oświadczeń woli w jego imieniu)

¹ W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.).

Do „Formularza oferty” należy dołączyć:

Załącznik Nr 1 (w zależności od statusu prawnego oferenta)

- 1) Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu I księgi rejestrowej oraz tego/tych fragmentu/-ów, który/-e dotyczy/-ą realizacji przedmiotu konkursu ofert; natomiast w przypadku praktyk zawodowych - cały wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- 2) Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; <https://ems.ms.gov.pl/>).
- 3) W przypadku Oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej: kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający określenie zasad reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie sposobu reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności.
- 4) Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

Załącznik nr 2 – kserokopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania. W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację Programu należy również dołączyć zobowiązanie oferenta do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast w przypadku braku polisy oferent musi złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

Załącznik nr 3 – kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienionych w pkt III formularza oferty (**wyłącznie prawo wykonywania zawodu** – ze wszystkimi wpisami, dodatkowo w przypadku osób w trakcie specjalizacji – zaświadczenie o jej odbywaniu).

Kserokopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczętkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania oferenta.

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.