Załącznik Nr 2

do uchwały Nr……………………...

Zarządu Województwa Lubuskiego

z dnia …..…………..……….…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)

…...…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………..……………………………………………..…………………………….…….……………………….

Koordynator 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 świadczeńna 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 przebadać 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 (właściwe proszę zaznaczyć „X”) [[1]](#footnote-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 .……………………………………………………………………………………………,

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

⁭ Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem ………………………………….…….…………...

⁭ nie dotyczy

1. 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 wczesnej 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)

**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 pieczątkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e   
do reprezentowania oferenta.

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.

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.). [↑](#footnote-ref-1)