

Zamawiający:
Starostwo Powiatowe
62 – 100 Wągrowiec
ul. Kościuszki 15

FORMULARZ OFERTOWY
PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PROSTATY
Oferta na realizację programu dla mieszkańców powiatu wągrowieckiego w 2009 r.

.....
pieczęć Oferenta

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa Oferenta:

.....
.....

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

..... <i>kod pocztowy</i>	 <i>miejsowość</i>	 <i>ulica i nr lokalu</i>
..... <i>telefon</i>	 <i>fax</i>	 <i>e-mail</i>

3. Organ założycielski lub właściciel placówki:

.....

4. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk:

.....

5. Osoba/y prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:

..... <i>imię i nazwisko</i>	 <i>funkcja</i>
.....	

6. Nr NIP Oferenta.....Nr REGON Oferenta.....

7. Główny księgowy lub osoba upoważniona do podpisywania umów i prowadzenia rozliczenia finansowego:

.....

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:.....

.....

9. Adres przychodni/gabinetu gdzie planuje się realizację programu:.....

.....

Wymagane załączniki do formularza ofertowego:

- 1) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
- 2) wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego oraz kopia wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk, prowadzonego przez Wojewodę, Ministra Zdrowia lub Izbę Lekarską,
- 3) statut zakładu opieki zdrowotnej,
- 4) kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji programu.

W/w dokumenty winne być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.

II. ELEMENTY OFERTY PODLEGAJĄCE OCENIE KOMISJI**1. Wskazanie liczby i kwalifikacji personelu przewidzianego do realizacji programu:**

1.....
imię i nazwisko *posiadane specjalizacje, stopień (dot. lekarzy) lub kursy kwalifikacyjne (dot. pielęgniarek)*

.....

2. Osoba odpowiedzialna za program (koordynator):.....
imię i nazwisko

Stanowisko *kwalifikacje*

3. Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia (proszę wymienić rodzaje programów, termin ich realizacji, dla kogo były prowadzone – np. dla Ministerstwa Zdrowia, NFZ):

.....

2. Dostępność do świadczeń:

1. Charakterystyka populacji dla której program będzie realizowany:.....

.....

2. Planowana (możliwa) ilość osób objętych programem:.....

3. Sposób rekrutacji uczestników programu:.....

.....

4. Możliwość rejestracji telefonicznej (wymagany nr stacjonarny) – podać nr telefonu:.....

3. Czas w jakim realizowany będzie program (ile dni w tygodniu i w jakich godzinach):

.....

Uwaga: zakończenie realizacji programu – najpóźniej do 31 października 2009 r.

4. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności

.....

5. Koszt programu:

- koszt badania jednego pacjenta

ogółem zł

słownie złotych:

w tym koszty szczegółowe:

- badanie laboratoryjne: określenie poziomu PSA
 (swoisty antygen stercza)
- konsultacja urologiczna, w tym:
- badanie per rectum przez lekarza urologa
- wykonanie USG.

..... z ł
 z ł
 z ł
 z ł

Oświadczamy, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe. Ponadto oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty, nie będziemy w celu otrzymania tzw. „podwójnego finansowania” wykazywali w sprawozdaniach z realizacji programu pacjentów objętych w/w badaniami finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne podmioty.

.....
Data

.....
Podpis/y i pieczęćka osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta