



.....
(miejscowo i data)

FORMULARZ OFERTY Ę KONKURS 2013 ROK

na realizacj programu profilaktycznego pn. **Ė Zapobieganie rozwojowi niedowidzenia Ė wczesne wykrywanie wad wzroku i zeza u dzieciĖ**

I. Dane oferenta:

PeĖna nazwa:.....
.....

DokĖadny adres (z kodem pocztowym):.....

õ õ

tel.:..... fax:.....

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

NIP:.....

REGON:.....

Osoba(osoby) upowa niona(e) do reprezentacji oferenta i skĖadania o wiadcze woli w jego imieniu, **w tym do podpisania umowy** (imi , nazwisko): õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ...
õ

Koordynator programu - osoba do kontaktu w sprawach dotycz cych realizacji Programu (nazwisko i imi , numer telefonu, e-mail): õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ
õ

Numer rachunku bankowego oferenta wraz z nazw banku: õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ...
õ

Proponowany okres realizacji wiadcze w ramach umowy: õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..



PDF Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

vych i bazy sprz towej oferenta

ęszcze , w których b dzie realizowany program:

--

Wykaz wyposa enia w aparatur i sprz t medyczny (y cznie z testami diagnostycznymi) niezb dnego do przeprowadzenia bada w ramach programu:

--

III. Informacja na temat personelu medycznego, który b dzie realizowaĳProgram

Wykaz imienny personelu medycznego, który b dzie realizowaĳProgram, z okre leniem kwalifikacji zawodowych i do wiadczenia w realizacji wiadcze obj tych Programem (np. sta pracy w poradni okulistycznej/oddziale okulistycznym)

--

O wiadczam, e wykazany personel medyczny b dzie udzielaĳ wiadcze w ramach Programu, w godzinach niepokrywaj cych si z godzinami pracy w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....

(podpis/-y i piecz /-cie osoby/osób upowa nionej/-ych do reprezentacji oferenta i skądania o wiadcze woli w jego imieniu)

oferent zamierza przebadania w ramach Programu:

2. Koszt jednostkowy (koszt przebadania jednego dziecka) wraz z kalkulacją kosztu przebadania jednego dziecka (w kalkulacji kosztu należy wycenić wymienione poniżej składowe w przeliczeniu na jedno dziecko).

L.p.	Poszczególne składowe koszty jednostkowego	Koszt w zł
1.	przeprowadzenie ankiety
2.	badanie ostrości wzroku
3.	badanie refrakcji
4.	badanie ustawienia gałek ocznych (test odbłasków rogówkowych i cover-test)
5.	ocena widzenia stereoskopowego (test Muchy)
6.	badanie dna oka
7.	administracyjno-techniczna obsługa Programu
Koszt jednostkowy (koszt przebadania jednego dziecka)	

3. Całkowity koszt realizacji Programu = liczba dzieci x koszt jednostkowy

.....

V. Dostarczenie do wiadomości w ramach Programu:

Miejsce realizacji wiadomości w ramach Programu (dokładny adres)¹:.....

.....

.....

Dni tygodnia i godziny realizacji wiadomości w ramach Programu.....

.....

.....

Sposób rejestracji pacjentów do Programu:

osobiście (adres, dni, godziny).....

telefonicznie (numer).....

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

.....

¹ W przypadku, gdy wiadomości będą realizowane w kilku miejscach, proszę wymienić wszystkie.

trów (właściwe prosz zaznaczyć)²:

- 1. Oświadczam, że jako Oferent jestem:
 - podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ,
 - prowadzonego przez _____ ,
 - pod numerem _____ ,
 - praktyk zawodowy , wpisany 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
 - nie dotyczy

Dodatkowe informacje, tj: **imię i nazwisko, nr PESEL, adres zamieszkania, NIP, REGON** (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą ; współników spółek cywilnych) . proszę wymienić .

 - 3.1. _____ .
 - 3.2. _____ .
 - 3.3. _____ .

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

- I. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu profilaktycznego pn. „Zapobieganie rozwojowi niedowidzenia . wczesne wykrywanie wad wzroku i zezu u dzieci+oraz ze szczególnymi warunkami konkursu ofert+
- II. Wszystkie podane w Formularzu oferty . 2013 rok+oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

(podpis/-y i pieczęć /-cie osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania oświadczenia w jego imieniu)

² 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 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zmianami).

załączniki do oferty :

załącznik nr 1 (w zależności od statusu prawnego oferenta)

- 1.1. Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu I księgi rejestrowej oraz tego/tych fragmentu/fragmentów, który/które dotyczy/dotyczy realizacji przedmiotu konkursu ofert; natomiast pełen wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku praktyk zawodowych.
- 1.2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
- 1.3. W przypadku oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej - kopie umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwały wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności.
- 1.4. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień - stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

- załącznik nr 2 - kserokopie polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującej 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 dołożyć zobowiązanie oferenta do przedłożenia 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 Program, wymienionych w pkt III formularza oferty.

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

Załączniki do oferty powinny być ponumerowane i ułożone w kolejności.