

.....
Pieczęćka firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora
programu zdrowotnego na rzecz społeczności romskiej – Biała Niedziela
w 2010 r.**

Lp. I. Dane o ofercie	
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej (zgodnie z dokumentem rejestrowym)
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail
3.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład
4.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)
5.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody
6.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej
7.	NIP
8.	Regon
9.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)
10.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)
11.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.)
II. Warunki lokalowe	

III. Podstawowe informacje o aparaturze i sprzęcie medycznym do realizacji programu	
IV. Informacje o personelu medycznym realizującym program	
Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe
V. Dostępność dla pacjentów: miejsce, dzień i godziny realizacji programu	
VI. Informacja o prowadzonej działalności	
Wielkość i struktura zasobów zakładu, zapewniających wykonanie programu	
Rodzaje i liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych w 2009 roku	
Informacja o przychodach z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju (porady specjalistów)	

VII. Plan rzeczowo – finansowy	
1. Wynagrodzenie za dyżur psychiatry (cena jednostkowa x 6 godzin)	
2. Wynagrodzenie za dyżur kardiologa (cena jednostkowa x 6 godzin)	
3. Wynagrodzenie za dyżur neurologa (cena jednostkowa x 6 godzin)	
4. Wynagrodzenie za dyżur diabetologa (cena jednostkowa x 6 godzin)	
5. Wynagrodzenie za dyżur endokrynologa (cena jednostkowa x 6 godzin)	
6. Wynagrodzenie za dyżur ortopedy (cena jednostkowa x 6 godzin)	
7. Wynagrodzenie za dyżur pulmonologa (cena jednostkowa x 6 godzin)	
Łączny koszt realizacji programu	

.....

Miejscowość, data

.....

.....

Podpis i pieczęć składającego(cych) ofertę

Uwaga!

- 1) Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
- 2) Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
- 3) Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
- 4) Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
- 5) Do oferty należy dołączyć oświadczenia i dokumenty wymienione w „Szczegółowych warunkach konkursu”.

.....
Pieczęćka firmowa oferenta

dotyczy
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i szczegółowymi warunkami konkursu na realizację programu zdrowotnego na rzecz społeczności romskiej – Biała Niedziela w roku 2010
2. Oświadczam, że program zdrowotny będzie realizowany w pomieszczeniach

.....
(nazwa zakładu opieki zdrowotnej - oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późn. zmianami).

3. Oświadczam, że w przypadku zawarcia umowy przedłożę do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych w terminie do 26.11.2010 r. kserokopię polisy ubezpieczeniowej zawartej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10).
4. Oświadczam, pod groźbą odpowiedzialności karnej, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Lublin, dn.....

.....

.....

Podpis i pieczęćka składającego(cych) ofertę

**dotyczy
Niepublicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej**

.....
Pieczątką firmowa oferenta

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i szczegółowymi warunkami konkursu na realizację programu zdrowotnego na rzecz społeczności romskiej – Biała Niedziela w roku 2010

2. Oświadczam, że program zdrowotny będzie realizowany w pomieszczeniach

.....
(nazwa zakładu opieki zdrowotnej - oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późn. zmianami).

3. Oświadczam, że w przypadku zawarcia umowy przedłożę do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych w terminie do 26.11.2010 r. kserokopię polisy ubezpieczeniowej zawartej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 283, poz 2825).

4. Oświadczam, pod groźbą odpowiedzialności karnej, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Lublin, dn.....

.....
.....

Podpis i pieczęć składającego(cych) ofertę