Załącznik nr 1

do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2017-2019” w 2019 r. – część diagnostyczna

**OFERTA NA REALIZACJĘ**

**„Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2017-2019” w 2019 r. – część diagnostyczna**

***I. Dane dotyczące Oferenta***

**1. Pełna nazwa Oferenta:**

|  |
| --- |
|  |

**2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) – miejscowość, ulica   
i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:**

|  |
| --- |
|  |

**3. Status prawny Oferenta:**

|  |
| --- |
|  |

**4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**:

|  |
| --- |
|  |

**5. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:**

|  |
| --- |
|  |

**6. Nr identyfikacyjny NIP:**

|  |
| --- |
|  |

**7. Nr identyfikacyjny Regon:**

|  |
| --- |
|  |

**8. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli   
w imieniu Oferenta:**

|  |
| --- |
|  |

**9. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:**

|  |
| --- |
|  |

**10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**

|  |
| --- |
|  |

**11. Miejsce lub miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):**

|  |
| --- |
|  |

**12. Informacja o zleceniu części diagnostycznej innemu podmiotowi (wypełnić jeżeli oferent nie posiada w swoich strukturach laboratorium analitycznego a badanie jest zlecane innemu podmiotowi)**

Nazwa i adres podmiotu prowadzącego laboratorium analityczne:

|  |
| --- |
|  |

Pełna nazwa laboratorium analitycznego:

|  |
| --- |
|  |

Numer laboratorium w ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych:

|  |
| --- |
|  |

**13. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Posiadane kwalifikacje | Zakres wykonywanych zadań w ramach Programu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***II. Informacje o programie***

**1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:**

|  |
| --- |
|  |

**2. Planowana liczba uczestników Programu:**

|  |
| --- |
|  |

***III. Kosztorys Programu***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres jednego świadczenia obejmuje: | Koszt jednostkowy za przeprowadzenie działań wymienionych w punktach od 1 do 7 (kwota brutto w zł) |
| 1. | Zakup testu na obecność przeciwciał anty-HCV. |  |
| 2. | Zakwalifikowanie do części diagnostycznej programu poprzez wypełnienie ankiety kwalifikującej do przeprowadzenia badania krwi na obecność przeciwciał anty-HCV stanowiącej załącznik nr 1 do programu. |
| 3. | Pobranie krwi do badania. |
| 4. | Przeprowadzenie badań krwi w kierunku obecności przeciwciał anty-HCV zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi, opisanie wyników testu. |
| 5. | Poinformowanie pacjentów z dodatnim wynikiem testu o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po skierowanie do poradni specjalistycznej w kierunku wykonania dalszej diagnostyki oraz ewentualnego leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. |
| 6. | Prowadzenie rejestru świadczeń realizowanych w ramach programu oraz sporządzenie sprawozdania z jego realizacji - zgodnie z wymaganiami Powiatu Kartuskiego. |
| 7. | Przeprowadzenie wśród uczestników programu ankiety oceny jakości świadczeń wykonywanych w ramach realizacji programu – ankieta stanowi załącznik nr 2 do programu. |

***IV. Doświadczenie***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Doświadczenie Oferenta  w realizacji programów polityki zdrowotnej (rodzaje programów, zleceniodawca programu) |  |

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora Programu oraz załącznikami do ww. ogłoszenia,

2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,

3. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,

4. Spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1610 z późn. zm.).

………………………………. ……………………………...

pieczątka firmowa Oferenta podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do reprezentowania Oferenta

Załączniki:

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument informujący o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących.

3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).

4. Kopia aktualnej polisy zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej   
w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.

5. W przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji Oferenta niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji – dokument potwierdzający upoważnienie do działania w imieniu Oferenta.

6. Inne dokumenty mogące mieć wpływ w ocenie Oferenta na merytoryczną wartość składanej oferty.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

2. Załączniki muszą spełniać wymogi ważności, tzn. muszą być podpisane przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli i spełniać następujące warunki:

1) w przypadku załączników składanych w formie kserokopii każda strona załącznika winna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione,

2) jeżeli osoby uprawnione nie dysponują pieczątkami imiennymi każda strona winna być podpisana pełnym imieniem i nazwiskiem z zaznaczeniem pełnionej funkcji,

3) każda strona powinna być opatrzona datą potwierdzenia zgodności z oryginałem.