

Załącznik Nr 1 do ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Nowe Warpno po 65 roku życia”

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

## **OFERTA**

### **REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

w trybie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku  
o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

**„Program profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców  
Gminy Nowe Warpno po 65 roku życia”**

(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym)

## I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

.....  
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej )

DOKŁADNY ADRES: .....

TEL. .... FAX. ....

E-MAIL ..... http:// .....

FORMA PRAWNA .....

NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

.....

NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

.....

NR NIP .....

NAZWA BANKU I NR RACHUNKU .....

NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO

.....

OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)

.....

## OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający specyfikę programu (m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych programem, rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji programu)

--

2. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji programu.

3. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

4. Miejsce wykonywania programu z uwzględnieniem podwykonawców biorących udział przy realizacji programu, dokładny adres, telefon, adres mailowy, (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w programie)

5. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia

6. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną/.

### III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

#### 1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Rodzaj kosztów *	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)
OGÓŁEM					

\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

#### 2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

#### Załączniki:

1. aktualny wydruk/odpis Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu,
2. aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
3. oświadczenie o posiadaniu polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem,
4. oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną, aparaturą i warunkami do przeprowadzenia programu zdrowotnego,
5. inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z warunkami konkursu wskazanymi w ogłoszeniu konkursowym,