Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr  **0050.139.2023**

Burmistrza Miasta Zakopanego

z dnia **06.07.2023**

**FORMULARZ OFERTOWY**
dotyczący wyboru realizatora zadania o nazwie:
 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc mieszkańców Gminy Miasto Zakopane ( zameldowanych na pobyt stały lub czasowy od co najmniej jednego roku na terenie Gminy Miasto Zakopane) na lata 2021-2025 Edycja 2023”.

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć oferenta) | Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienie) |
| 1. **DANE OFERENTA**
 |
| **Nazwa oferenta** |  |
| **Adres siedziby oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| **Nr NIP**  |  |
| **Nr REGON**  |  |
| **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  |
| **Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sadowego lub innego właściwego rejestru** |  |
| **Telefon kontaktowy** | (stacjonarny) | (komórkowy) |
| **Fax.** |  |
| **e-mail** |  |
| **Nazwa banku****numer rachunku bankowego** |  |
| **Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizacje Programu** |  |
| **Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu** |  |
| **Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego** |  |
| **Nazwisko i imię osoby/osób upoważnionej/nych do podpisania umowy na realizację programu** |  |
| **Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program** |  |
| **Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno – reklamową skierowaną do adresatów programu** |  |
| 1. **Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:**
 |
| Imię i nazwisko, tytuł zawodowy | Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenia, inna umowa cywilnoprawna) | Posiadane specjalizacje  | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 1. **Informację o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego**
 |
| 1. Wyposażenie gabinetów zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie
 |  |
| 1. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych
 |  |
| 1. **Dostępność do świadczeń objętych Programem:**
 |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres,nr tel./fax.)
 |  |
| 1. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 5 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godziny 17:00)
 |  |
| 1. Sposób rejestracji pacjentów do Programu:
* Osobiście (adres, dni, godziny)
* Telefonicznie (nr telefonu, dni, godziny)
 |  |
| 1. **Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:**
 |
| 1. Liczba osób, którą oferent zamierza przebadać (badania płuc):
 |  |
| 1. Wynagrodzenie za jedno badanie:
* Koszt I konsultacji (pulmonologicznej)– wynosi (PLN/brutto)
* Koszt badania LDCT (wraz z opisem) – wynosi (PLN/brutto)
* Koszt II konsultacji (pulmonologicznej)– wynosi (PLN/brutto)
 |  |
| 1. Całkowity koszt realizacji świadczeń wynikający z przedstawionego powyżej planu rzeczowo-finansowego:liczba osób x [jednostkowy koszt I konsultacji (pulmonologicznej)+ jednostkowy koszt badania LDCT + jednostkowy koszt II konsultacji (pulmonologicznej)]
 |  |
| 1. **Całkowity koszt realizacji Programu** (badania płuc) =

Słownie złotych:  |

**Podane ceny służą do skalkulowania oferty. Wypłata będzie na podstawie cen jednostkowych poszczególnych zrealizowanych badań.**

Załączniki wymagane do oferty:

1. Właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis
z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);
2. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.

Kopie dokumentów składane przez oferenta musza mieć adnotację „za zgodność
z oryginałem” oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta
w konkursie ofert.

**Jednocześnie oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia konkursu, Regulaminem konkursu oraz Projektem umowy dotyczący konkursu ofert na wybór realizatora zadania o nazwie „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc osób zameldowanych na pobyt stały
w Zakopanem”.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym
i faktycznym;
3. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów;
4. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
5. zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych
w odrębnych przepisach,
6. zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym
w odrębnych przepisach,
7. udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami
i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
8. utrzymanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego
z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
9. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

………………………………… ………..…………………………………

 Miejscowość, data podpis i pieczątka przedstawiciela/-li oferenta

upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta