Załącznik Nr 3

do ogłoszenia o konkursie ofert

........................................................

 (pieczęć oferenta)

**Oferta na konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej**

**pn. „Program profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców miasta Leszna w 2016 r.”**

**zwanego programem polityki zdrowotnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytanie do oferenta** | **Odpowiedź oferenta** |
| **I. Dane o oferencie** |
| **1.** | **Oznaczenie podmiotu leczniczego \*****\*** *na podstawie wpisu w księdze rejestrowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą* |
| 1.1. | Nazwa podmiotu leczniczego  |  |
| 1.2. | Adres podmiotu leczniczego |  |
| 1.3. | Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |  |
| 1.4. | Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru |  |
| 1.5. | Numer wpisu do ewidencji medycznych laboratoriów diagnostycznych |  |
| 1.6. | Numer NIP |  |
| 1.7. | Numer Regon |  |
| 1.8. | Kierownik podmiotu leczniczego(imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 1.9 | Dane kontaktowe podmiotu leczniczego (telefon, fax, adres e - mail) |  |
| 1.10 | Osoba odpowiedzialna za realizację programu polityki zdrowotnej – koordynator (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| **II. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach****programu polityki zdrowotnej** |
|  1. | Zgodność wyposażenia laboratorium i punktu pobrań z przepisami obowiązującymi w tym zakresie  |  |
| 2.  | Posiadanie systemu komputerowego na potrzeby gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych |  |
| **III. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** |
| 1. | Osoby uprawnione do pobierania od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych na potrzeby programu polityki zdrowotnej(wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| 2. | Osoby wykonujące samodzielnie czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium(wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| 3. | Personel do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialny za rejestrację pacjentów, prowadzenie bazy danych (wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
|  **IV. Cena jednostkowa brutto** |
| 1. | Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej[PLN]  |  |
| Słownie złotych:  |  |
|  V. Inne informacje dotyczące realizacji programu polityki zdrowotnej  |
|  1.  | Miejsca realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej (dokładny adres, nr tel./ fax-u)  |  |
| 2. | Dostępność do świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej – należy wymienić poszczególne **dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń** w ramach programu. |  |

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert wraz z warunkami konkursu stanowiącego Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 439/2016 Prezydenta Miasta Leszna z dnia 26 sierpnia 2016 r, w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców miasta Leszna w 2016 r.” i akceptuje zasady realizacji programu polityki zdrowotnej określone przez Prezydenta Miasta Leszna w warunkach konkursowych,
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.
3. Przedmiot programu polityki zdrowotnej mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów,
4. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają kwalifikacje wymagane przez Prezydenta Miasta Leszna,
5. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej na zlecenie Prezydenta Miasta Leszna, zobowiązuje się do:
	1. zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
	2. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz użycia do realizacji programu polityki zdrowotnej sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
	3. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
	4. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia;
	5. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej 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 oferenta lub przedstawiciela/-li oferenta

 upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

**Załączniki do oferty:**

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
6. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….