**Załącznik Nr 2**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

w trybie art. 48 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 ze zm.)

…………………………………………………………………………………………………………………….

(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )

w okresie od ........................ do ...........................

***W FORMIE***

***WSPARCIA FINANSOWEGO***

***PRZEZ***

***GMINĘ PIASECZNO***

***NA ŁĄCZNĄ KWOTĘ WSPÓŁFINANSOWANIA***

***PRZEZ GMINĘ PIASECZNO :*** *..................................................................... zł ( brutto)*

* 1. **I. DANE NA TEMAT PODMIOTU**

1. NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

1. DOKŁADNY ADRES

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

TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ http://\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. FORMA PRAWNA

…………………………………………………………………………………………...

1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

…………………………………….……………………………………………………

1. NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

…………………………………………………………………………………………..

1. NUMER NIP

…………………………………………………………………………………………...

1. NUMER REGON

…………………………………………………………………………………………

1. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU

………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………..

1. KOORDYNATOR PROGRAMU (IMIĘ, NAZWISKO, FUNKCJA, NR TELEFONU KONTAKTOWEGO, E-MAIL) *(jeśli dotyczy)*

………………………………………………………………………………………….

**II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE O REALIZACJI PROGRAMU**

1. MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU

*(nazwa i dokładny adres, warunki lokalowe)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. DOŚWIADCZENIE

*(ze wskazaniem tych zadań, które realizowane były we współpracy z administracją publiczną)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. SPOSÓB NABORU DO PROGRAMU

*(Należy opisać w jaki sposób realizator planuje dokonać naboru beneficjentów do Programu)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. PROMOCJA PROGRAMU-DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE

*( Należy wypełnić w przypadku planowania działań promocyjnych, informacyjno-edukacyjnych tj. audycje w radio i telewizji, plakaty, ulotki itp.)*

…………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................................................

1. SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM ZADAŃ PROGRAMU

*(Harmonogram planowanych działań należy opisać w kolejności chronologicznej z precyzyjnym określeniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia )*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

1. MONITOROWANIE I EWALUACJA PROGRAMU

*(Należy określić sposób monitorowania oraz opis narzędzi ewaluacyjnych)*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

1. ZAKŁADANE REZULTATY

*( Należy przedstawić w jakim stopniu realizacja zadań Programu przyczyni się do osiągnięcia celów Programu.)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. ZASOBY KADROWE PRZEWIDYWANE DO REALIZACJI PROGRAMU

*(wykaz osób zatrudnionych przy realizacji Programu wraz z kompetencjami zapewniającymi wykonanie zadań oraz zakres ich obowiązków, doświadczenie w pracy w tym podmiocie medycznym, harmonogram prac wykazanego personelu)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *imię i nazwisko* | *Nr prawa wykonywania zawodu* | *Kwalifikacje, tytuł lub stopień naukowy* | *Zakres czynności i  zadań Programu* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ W CIAGU TYGODNIA (GODZINY REALIZACJI)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. INFORMACJE O ZAPEWNIENIU RÓWNEGO TRAKTOWANIA WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW, W TYM DOSTĘPNOŚCI DLA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

11. KALKULACJA KOSZTÓW

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nazwa świadczenia* | *Cena jednostkowa świadczenia w zł* | *Planowana liczba świadczeń w zł* | *Wartość realizacji planowanych świadczeń w zł* |
| 1. *1. Koszt jednostkowy konsultacji okulistycznej* |  |  |  |
| 1. *Pozostałe koszty niezbędne do realizacji zadania: jakie?..............* |  |  |  |
| 1. *Koszt ogółem* |  |  |  |

Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym i deklaruję wykonanie zadania zgodnie z przedstawioną ofertą.

Dnia……………….

………………………………….

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentacji podmiotu

**Oświadczenia Oferenta**

*Oferent oświadcza, że*

1. na dzień złożenia oferty w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z  przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z  dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
2. jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i  rzeczowym;
3. kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł (w tym NFZ)
4. posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji zadania;
5. zapoznał się treścią ogłoszenia konkursu ofert i podane w ofercie informacje są zgodne z  aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
6. jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)*

Data rok