

.....  
....., dnia.....  
(pieczęć oferenta)

### Formularz Oferty -oświadczenia oferenta

1. Nazwa programu, na który składana jest oferta:

wykonanie gminnego programu zdrowotnego pod nazwą „**program polityki zdrowotnej - szczepień ochronnych przeciw pneumokokom dla dzieci w wieku od dwóch do pięciu lat**”

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych w tym warunkami umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią uchwały nr 77/IX/2015 Rady Miejskiej w Serocku dnia 29 czerwca 2015 r. w sprawie przyjęcia do realizacji profilaktycznego programu polityki zdrowotnej na lata 2015 – 2016 wraz z załącznikiem.

4. Oświadczam, że.....

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą - oferenta)

realizuje w 2015 roku ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące świadczenia opieki zdrowotnej – w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu na podstawie umowy nr ....., z dnia ..... podpisanej z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

5. Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012, poz 739).

Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

Lp.	Imię i Nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, data zatrudnienia u oferenta)
-----	---------------------------------	---

1	.....	.....
---	-------	-------

2	.....	.....
---	-------	-------

3. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi konieczne określone w warunkach udziału w konkursie.

4. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną (nazwa, wiek): (Uwaga: wypełniać tylko w przypadku konieczności stosowania w programie sprzętu specjalistycznego w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”).

.....  
.....

W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

- 1) Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ubiegającego się o realizację programu (oferenta),
- 2) Kopię statutu podmiotu leczniczego (oferenta),
- 3) Kopię zaświadczenia o nr NIP oferenta,

- 4) Kopię zaświadczenia o nr REGON oferenta,
  - 5) Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych
  - 6) aktualną informację o podmiocie wykonującym działalność leczniczą (oferencie) z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu leczniczego (oferenta) i sygnowane jego podpisem oraz pieczęcią.

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentacji  
oferenta)