Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 9/B/2022
Burmistrza Miasta i Gminy Serock
z dnia 1 lutego 2022 r.

………………… …………………………, dnia ……………………

*(pieczęć oferenta)*

 **Formularz oferty- oświadczenie oferenta**

1. Nazwa programu, na który składana jest oferta: realizacja gminnego programu zdrowotnego pod nazwą „program polityki zdrowotnej- szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób z grupy szczególnego ryzyka”

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 470/XLI/2021 Rady Miejskiej
w Serocku z dnia 27 października 2021 r. w sprawie przyjęcia do realizacji profilaktycznego programu polityki zdrowotnej na lata 2022-2024 wraz z załącznikiem.

4. Oświadczam, że…………………………………………………………………………………………

*(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą- oferenta)*

realizuje 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 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595 ze zm.).

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.  | …………………………………………… | ………………………………………………………… |

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

7. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną ( nazwa, wiek):

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

(Uwaga: wypełniać tylko w przypadkach konieczności stosowania w programie sprzętu specjalistycznego; w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”).

8. 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.

9. 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 oraz pieczątka osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)*