Załącznik Nr 5 do Zarządzenia Nr 5/B/2017

Burmistrza Miasta i Gminy Serock

 z 9 stycznia 2017r.

………………………………. ………………………., dnia….……….

(pieczęć oferenta)

**Formularz Oferty -oświadczenia oferenta**

1. Nazwa programu, na który składana jest oferta:

wykonaniegminnego 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 nr 292/XXVIII/2016 Rady Miejskiej
w Serocku dnia 19 grudnia 2016 r. w sprawie przyjęcia do realizacji profilaktycznego programu polityki zdrowotnej na lata 2017 – 2018 wraz z załącznikiem.

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

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą - oferenta)

realizuję 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 pieczątka osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)