Załącznik Nr 5

do Zarządzenia Nr 99/B/2019

Burmistrza Miasta i Gminy Serock

z dnia 18 czerwca 2019r.

………………………………………………. …………………………, dnia ……………………

(pieczęć oferenta)

**Formularz oferty- oświadczenie oferenta**

1. Nazwa programu, ka 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 Nr 68/IX/2019 Rady Miejskiej   
   w Serocku z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie przyjęcia do realizacji profilaktycznego programu polityki zdrowotnej na lata 2019-2021 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.

1. 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).

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

1. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi konieczne określone w warunkach udziału w konkursie.
2. 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”).

1. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:
2. Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ubiegającego się o realizację programu (oferenta),
3. Kopię statutu podmiotu leczniczego (oferenta),
4. Kopię zaświadczenia o nr NIP oferenta,
5. Kopię zaświadczenia o NR REGON oferenta,
6. Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
7. Aktualną informację o podmiocie wykonującym działalność leczniczą (oferencie)   
   z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej.
8. 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)