

W.0050.1.2016

**ZARZĄDZENIE NR 1/2016  
WÓJTA GMINY JABŁONNA  
Z DNIA 8 STYCZNIA 2016 R.**

**w sprawie: ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatorów programów zdrowotnych realizowanych w gminie Jabłonna w 2016 r.**

Na podstawie art. 30 ust. 1 i 2 pkt 2 ustawy i z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 1515 z późn. zm.) i art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.) oraz Uchwały NR XVI/157/2015 Rady Gminy Jabłonna z dnia 29 grudnia 2015 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na rok 2016 zarządza, się co następuje:

§ 1. 1 Ogłasza się otwarty konkurs ofert na wybór realizatorów programów zdrowotnych realizowanych w Gminie Jabłonna w roku 2016.

2. Treść ogłoszenia, o którym mowa w ust. 1 określa Załącznik nr 1 do Zarządzenia.

§ 2. Ogłoszenie, o którym mowa w § 1 podaje się do publicznej wiadomości poprzez jego zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej, na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Gminy w Jabłonie i na stronie internetowej Urzędu Gminy Jabłonna.

§ 3. Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**WÓJTA**  
*Jarostaw Chodorski*  
**Jarostaw Chodorski**

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Nr1/2016  
Wójta Gminy Jabłonna  
z dnia 8.01.2016 r.

**OGŁOSZENIE  
OTWARTEGO KONKURSU OFERT NA WYBÓR REALIZATORÓW  
PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH REALIZOWANYCH  
W GMINIE JABŁONNA W ROKU 2016**

Na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), Wójt Gminy Jabłonna, ogłasza z dniem 8.01.2016r. otwarty konkurs ofert na wybór realizatorów programów zdrowotnych realizowanych w gminie Jabłonna w roku 2016.

**PRZEDMIOT KONKURSU OFERT**

Przedmiotem konkursu ofert jest wybór realizatorów programów zdrowotnych realizowanych w gminie Jabłonna w roku 2016 w zakresie następujących zadań.

**ZADANIE 1.**

**Profilaktyka i leczenie chorób ginekologicznych oraz prowadzenie ciąży niepowikłanych.**

Wysokość środków finansowych zarezerwowanych na realizację zadania - 50 000,00 zł.

Dodatkowych informacji dotyczących realizacji programu udziela Wydział Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych, tel.22 767 73 46, [b.wojciechowska@jablonna.pl](mailto:b.wojciechowska@jablonna.pl).

**ZADANIE 2.**

**Profilaktyka i leczenie próchnicy u dzieci uczęszczających do szkół podstawowych zamieszkałych na terenie gminy Jabłonna.**

**Zadanie 2.1**

Profilaktyka i leczenie próchnicy u uczniów klas I – VI szkół podstawowych, zamieszkałych na terenie gminy Jabłonna. Realizacja programu w gabinecie stomatologicznym na terenie wsi Jabłonna w Szkole Podstawowej im. Armii Krajowej ul. Szkolna 2, 05-110 Jabłonna.


Wysokość środków finansowych zarezerwowanych na realizację zadania - 56 000,00 zł.

Gabinet stomatologiczny wraz z istniejącym wyposażeniem zostanie udostępniony realizatorowi programu bezpłatnie. Istnieje możliwość wyposażenia gabinetu w sprzęt należący do realizatora na czas trwania programu.

Realizator programu zapewnia kontakt telefoniczny z gabinetem, w celu prowadzenia zapisów wizyt stomatologicznych.

Wyposażenie gabinetu szkolnego stanowi:

1. Aparat autoklaw Sterilclave 18BHD – producent COMINOX , rok produkcji 2010.
2. Aparat Unit Stomatologiczny - typ Punto Linea 90 nr. 41498 – producent OMS, rok produkcji 1998.
3. Końcówka do unitu.
4. Asystor.



5. Szafki zabudowane dolne – 1 komplet.
6. Szafki zabudowane górne – 1 komplet.
7. Biurko .
8. Taboret sigma.
9. Szafa na ubrania.
10. Zlew Tekla.

Dodatkowych informacji dotyczących realizacji programu udziela Wydział Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych, tel.22 767 73 46, [b.wojciechowska@jablonna.pl](mailto:b.wojciechowska@jablonna.pl).

### **Zadanie 2.2**

Profilaktyka i leczenie próchnicy u uczniów klas I – VI szkół podstawowych zamieszkałych na terenie gminy Jabłonna. Realizacja programu poprzez udzielanie świadczeń stomatologicznych w gabinetach stomatologicznych na terenie miejscowości Chotomów.

Wysokość środków finansowych zarezerwowanych na realizację zadania - 54 000,00 zł

Dodatkowych informacji dotyczących realizacji programu udziela Wydział Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych, tel.22 767 73 46, [b.wojciechowska@jablonna.pl](mailto:b.wojciechowska@jablonna.pl).

### **ZADANIE 3**

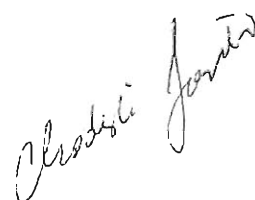
#### **Edukacja zdrowotna „ Szkoła Rodzenia”**

Wysokość środków finansowych zarezerwowanych na realizację zadania - 30 000,00 zł

### **WARUNKI SKŁADANIA OFERT KONKURSOWYCH**

1. Oferta powinna być sporządzona na formularzu oferty (odpowiedni załącznik).
2. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane dokumenty.
3. Formularz oferty można pobrać ze strony Urzędu Gminy Jabłonna [www.jablonna.pl](http://www.jablonna.pl).
4. Oferta powinna być napisana w języku polskim w sposób przejrzysty i czytelny (oferty napisane odręcznie zostaną odrzucone).
5. Wzór oferty nie może być modyfikowany poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać wypełnione. W miejscach które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „ *nie dotyczy*”.
6. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez przedstawiciela oferenta upoważnionego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu.
7. Oferent może złożyć ofertę na każde z zadań określonych w ogłoszeniu konkursowym.
8. Oferenci muszą spełniać wymagania, określone w obowiązujących przepisach w szczególności:
  - a) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r. poz. 739),
  - b) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.)
  - c) Ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182).

### **DOKUMENTY WYMAGANE OD OFERENTÓW**



1. Kopia zaświadczenia o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do właściwego rejestru.
2. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną).
3. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu.

***Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta.***

#### **TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. Termin składania ofert: 25.01.2016 r. do godz. 18.00.
2. Ofertę należy złożyć w kopercie w Biurze Obsługi Interesanta Urzędu Gminy Jabłonna w godzinach pracy urzędu lub nadesłać za pośrednictwem poczty na adres Urząd Gminy Jabłonna, ul. Modlińska 152, 05-110 Jabłonna (decyduje data wpływu do Urzędu).
3. Koperta zawierająca ofertę powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu podmiotu, nazwy konkursu oraz adnotację „ ***nie otwierać przed posiedzeniem Komisji Konkursowej***”.
4. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone.

#### **TERMIN ZWIĄZANIA Z OFERTĄ**

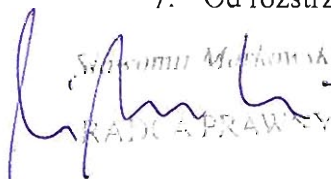
Termin związania oferty jest nie dłuższy niż 30 dni od upływu terminu składania ofert.

#### **TERMIN OTWARCIA OFERTY**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 26.01.2016 o godz. 10.00 w sala Nr 2 Urzędu Gminy Jabłonna.

#### **KRYTERIA STOSOWANE PRZY WYBORZE OFERTY**

1. Otwarcia, opinii i oceny złożonych ofert dokona komisja konkursowa powołana zarządzeniem Wójta Gminy Jabłonna, która opiniując oferty będzie kierowała się następującymi kryteriami:  
Kryteria formalne:
  - a) terminowość złożenia oferty,
  - b) kompletność i prawidłowość złożonej dokumentacji.Kryteria merytoryczne:
  - a) koszty poszczególnych procedur,
  - b) wielkość populacji objętej programem,
  - c) dostępność dla mieszkańców gminy do świadczonych usług (liczba dni w tygodniu oraz godziny realizacji programu),
2. Komisja konkursowa po analizie ofert przedłoży rekomendację co do wyboru ofert Wójtowi Gminy Jabłonna.
3. Rozstrzygnięcia ofert dokona Wójt Gminy Jabłonna w drodze zarządzenia nie później niż we ciągu 7 dni od terminu zakończenia składania ofert.
4. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Gminy Jabłonna, w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Jabłonna pod adresem <http://ug.jablonna.ibip.pl/public/>.
5. Od rozstrzygnięcia w sprawie wyboru ofert nie stosuje się trybu odwoławczego, każdy oferent może żądać uzasadnienia wyboru lub odrzucenia oferty.
6. Wójt Gminy Jabłonna zastrzega sobie prawo odstąpienia od rozstrzygnięcia w części lub całości otwartego konkursu ofert bez podania przyczyny.
7. Od rozstrzygnięcia w sprawie wyboru ofert nie przysługuje odwołanie.

  
Wiesława Melkowska  
RADCA PRAWNY



.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
(miejsowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

### ZADANIE 1

## PROFILAKTYKA I LECZENIE CHOROÓB GINEKOLOGICZNYCH ORAZ PROWADZENIE CIĄŻ NIEPOWIKŁANYCH

### I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

--

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

--

3. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

--

\* zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz § 16 ust. 1 i 2 oraz § 18 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz.U. Nr. 221 poz. 1319).

4. Nr identyfikacyjny NIP:

--

5. Nr identyfikacyjny Regon:

--

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

--

7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

--

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

9. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

--

10. Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

Lekarz ze specjalizacją ginekologii i położnictwa (wykaz imienny, kwalifikacje)	
--	--

*Chłopiński Jan*

## II. Informacje o programie

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

--

2. Planowana liczba uczestników programu :

--

## III. Wysokość środków wnioskowanych na realizację programu

NAZWA PROCEDURY	JEDNOSTKA ROZLICZENIOWA	LICZBA PROCEDUR	PLANOWANY KOSZT REALIZACJI PROGRAMU	
			KOSZT JEDNOSTKOWY (BRUTTO)	WARTOŚĆ (BRUTTO)
Procedura 1: konsultacja lekarska - ciąża	1 PROCEDURA			
Procedura 2: konsultacja lekarska związana z pobraniem cytologii				
Procedura 3: badanie – cytologia ginekologiczna				
Procedura 4: konsultacja lekarska – weryfikacja wyniku cytologii				
Procedura 5: badanie USG ciąży				
Procedura 6: zlecone przez lekarza ginekologa CM badania laboratoryjne: morfologia bez rozmazu, glukoza w surowicy, test obciążenia glukozą, badanie ogólne moczu				
PLANOWANY KOSZT CAŁKOWITY REALIZACJI PROGRAMU - KWOTA BRUTTO W ZŁ				

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz Gminnym program profilaktyki i promocji zdrowia na rok 2016
2. że osoby udzielające świadczeń w ramach poszczególnych programów posiadają wymagane kwalifikacje,
3. informacje podane w ofercie i załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....  
 podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
 do reprezentowania oferenta

*Olga J...*

.....  
(pieczętka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

### ZADANIE 2.1

#### PROFILAKTYKA I LECZENIE PRÓCHNICY U DZIECI UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ PODSTAWOWYCH KLASY I – VI ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY JABŁONNA

Realizacja programu w gabinecie stomatologicznym na terenie Szkoły Podstawowej im. Armii Krajowej ul. Szkolna 2, 05-110 Jabłonna

#### I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

\* zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz § 16 ust. 1 i 2 oraz § 18 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz.U. Nr. 221 poz. 1319).

4. Nr identyfikacyjny NIP:

5. Nr identyfikacyjny Regon:

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta:

7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

9. Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

Lekarz dentysta, lekarz specjalista stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej.  
(wykaz imienny, kwalifikacje)

*Chłosta J.*

## II. Informacje o programie

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

--

2. Planowana liczba uczestników programu :

--

## III. Wysokość środków wnioskowanych na realizację programu

NAZWA PROCEDURY	JEDNOSTKA ROZLICZENIOWA	LICZBA PROCEDUR	PLANOWANY KOSZT REALIZACJI PROGRAMU	
			KOSZT JEDNOSTKOWY (BRUTTO)	WARTOŚĆ (BRUTTO)
Procedura 1: przegląd + instruktaż higieny jamy ustnej + czyszczenie gabinetowe	1 PROCEDURA			
Procedura 2: zabieg lakowania (1 ząb)				
Procedura 3: zabieg zachowawczy - (dowolny ząb, dowolna lokalizacja, ewentualnie RTG punktowe, ewentualnie znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzalny, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych materiał o charakterze opatrunku)				
Procedura 4: zabieg chirurgiczny – ekstrakcja (dowolny ząb mleczny lub stały z wykluczeniem zębów nr 8 góra lub dół), w procedurę wliczone jest znieczulenie miejscowe lub przewodowe.				
Procedura 5: leczenie kanałowe				
PLANOWANY KOSZT CAŁKOWITY REALIZACJI PROGRAMU - KWOTA BRUTTO W ZŁ				

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz Gminnym program profilaktyki i promocji zdrowia na rok 2016
2. że osoby udzielające świadczeń w ramach poszczególnych programów posiadają wymagane kwalifikacje,
3. informacje podane w ofercie i załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

*Olga Jura*



.....  
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

### ZADANIE 2.2

#### PROFILAKTYKA I LECZENIE PRÓCHNICY U DZIECI UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ PODSTAWOWYCH KLASY I – VI ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY JABŁONNA

Realizacja programu w gabinecie stomatologicznym na terenie miejscowości Chotomów.

#### I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

\* zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz § 16 ust. 1 i 2 oraz § 18 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz.U. Nr. 221 poz. 1319).

4. Nr identyfikacyjny NIP:

5. Nr identyfikacyjny Regon:

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta:

7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

9. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

*Olga...*

--

10. Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

Lekarz dentyta, lekarz specjalista stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej. (wykaz imienny, kwalifikacje)	
--	--

## II. Informacje o programie

3. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

--

4. Planowana liczba uczestników programu :

--

## III. Wysokość środków wnioskowanych na realizację programu

NAZWA PROCEDURY	JEDNOSTKA ROZLICZENIOWA	LICZBA PROCEDUR	PLANOWANY KOSZT REALIZACJI PROGRAMU	
			KOSZT JEDNOSTKOWY (BRUTTO)	WARTOŚĆ (BRUTTO)
Procedura 1: przegląd + instruktaż higieny jamy ustnej + czyszczenie gabinetowe	1 PROCEDURA			
Procedura 2: zabieg lakowania (1 ząb)				
Procedura 3: zabieg zachowawczy - (dowolny ząb, dowolna lokalizacja, ewentualnie RTG punktowe, ewentualnie znieczulenie miejscowe lub przewodowe, materiał kompozytowy światło utwardzalny, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych materiał o charakterze opatrunku)				
Procedura 4: zabieg chirurgiczny – ekstrakcja (dowolny ząb mleczny lub stały z wykluczeniem zębów nr 8 góra lub dół), w procedurę wliczone jest znieczulenie miejscowe lub przewodowe.				
Procedura 5: leczenie kanałowe				
PLANOWANY KOSZT CAŁKOWITY REALIZACJI PROGRAMU - KWOTA BRUTTO W ZŁ				

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz Gminnym program profilaktyki i promocji zdrowia na rok 2016
2. że osoby udzielające świadczeń w ramach poszczególnych programów posiadają wymagane kwalifikacje,
3. informacje podane w ofercie i załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

*Christina Fied*

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

.....  
(miejsowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

### ZADANIE 3

### PROGRAM EDUKACJI ZDROWOTNEJ „ SZKOŁA RODZENIA ”

#### I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

\* zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz § 16 ust. 1 i 2 oraz § 18 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreślenia z tego rejestru (Dz. U. Nr. 221 poz. 1319).

4. Nr identyfikacyjny NIP:

5. Nr identyfikacyjny Regon:

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

9. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

*Olga J...*

11. Personel realizujący program:

Psycholog, rehabilitant, położna, ratownik medyczny (wykaz imienny, kwalifikacje)	
---	--

**II. Informacje o programie**

1. Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników programu:

--

2. Planowana liczba uczestników programu :

--

**III. Wysokość środków wnioskowanych na realizację programu**

ŚWIADCZENIE	JEDNOSTKA ROZLICZENIOWA	MAKSYMALNA LICZBA PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ	PLANOWANY KOSZT REALIZACJI PROGRAMU	
			KOSZT JEDNOSTKOWY (CENA BRUTTO)	WARTOŚĆ (BRUTTO)
spotkania edukacyjne w zakresie nabywania wiedzy i umiejętności z zakresu ciąży, porodu, pielęgnacji noworodka oraz małego dziecka	1 CYKL SPOTKAŃ EDUKACYJNYCH			
PLANOWANY KOSZT CAŁKOWITY REALIZACJI PROGRAMU - KWOTA BRUTTO W ZŁ:				

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz Gminnym program profilaktyki i promocji zdrowia na rok 2016
2. że osoby udzielające świadczeń w ramach poszczególnych programów posiadają wymagane kwalifikacje,
3. informacje podane w ofercie i załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....  
 podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta

*Alina Jędrzej*