

Załącznik Nr 1
do szczegółowych warunków konkursu
ofert na realizację w 2017 r. „Programu
profilaktyki zakażeń HCV wśród
mieszkańców miasta Łodzi”

Pieczętka firmowa oferenta

**Formularz oferty na realizację
„Programu profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców miasta Łodzi”
w 2017 r.**

I. Informacje o ofercie		
1.	Pełna nazwa podmiotu leczniczego	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail	
3.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
4.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego / CEIDG	
5.	NIP	
6.	Regon	
7.	Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
8.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
9.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
II. Warunki lokalowe		
Miejsca realizacji zadania (obsługa pacjenta) (adres, pok., tel.)		
III. Informacje o personelu medycznym realizującym program		
	Liczba osób uczestnicząca w obsłudze pacjentów przy realizacji zadania:	
IV. Plan rzeczowo – finansowy		
1.	Proponowana liczba pacjentów, którą oferent może objąć w ramach programu w 2017 r.	
2.	Cena jednostkowa obsługi jednego pacjenta obejmująca w tym: przeprowadzenie ankiety, pobranie krwi, wykonanie badania, powtórzenie badania w sytuacji konieczności jego kontroli, przygotowanie wyniku z informacją dla pacjenta.	
3.	Koszt całkowity oferowanych usług /liczba pacjentów x cena jednostkowa obsługi jednego pacjenta.	

V. Inne informacje					
1.	Doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych:		Czy oferent uczestniczył w realizacji programów zdrowotnych organizowanych przez Miasto Łódź lub inne podmioty w okresie trzech ostatnich lat? (proszę wpisać nazwy programów)	Kto finansował program?	Jaką populację objęto programem?
		2016 r.			
		2015 r.			
		2014 r.			
2.	Dostępność: dni tygodnia i godziny pobrań krwi do badania				

.....
Podpis kierownika (dyrektora)
podmiotu leczniczego