Załącznik

do Zarządzenia nr 606/PMS/2020

Prezydenta Miasta Kędzierzyn-Koźle

z dnia 10 marca 2020 roku

Ogłoszenie otwartego konkursu ofert

na realizację programu polityki zdrowotnej objętego

Programem Ochrony Zdrowia na lata 2020-2022

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.), art. 114 ust.1 pkt 1 oraz art. 115 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295), art. 14 ust. 1 oraz art. 15 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365).

**Prezydent Miasta Kędzierzyn-Koźle ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle polegającej na wykonaniu nie mniej niż po 40.500 punktów dla każdego z dwóch podmiotów leczniczych za udzielenie usług wskazanych w katalogu świadczeń- rejon II – osiedle Pogorzelec- rejon III – osiedle Śródmieście, osiedle Kuźniczka i osiedle Azoty | przeznaczone środki w wys. 81.000,00 zł |

W konkursie mogą wziąć udział **podmioty lecznicze w rozumieniu** ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej posiadające w swojej strukturze organizacyjnej jednostkę, która zrealizuje program polityki zdrowotnej.

Realizacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się do dnia **30 listopada 2020 r.**, ostateczne rozliczenie zadania nastąpi nie później niż **10 grudnia 2020 r.**

# I. Zakres zadania

Prowadzenie programu polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tj. w/w **rehabilitacji leczniczej dla osób zameldowanych na pobyt stały lub czasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle**. Meldunek tymczasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle obejmuje pacjentów zameldowanych na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem zabiegu.

Program polityki zdrowotnej będzie realizowany przez świadczeniobiorców w dwóch rejonach miasta, wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa:

**Rejon II**- osiedle Pogorzelec,

**Rejon III**- osiedle Śródmieście, osiedle Kuźniczka i osiedle Azoty.

Łącznie program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle będzie polegał na wykonaniu **nie mniej niż** **40.500 pkt.** za udzielenie świadczeń wskazanych w katalogu przez każdy z dwóch podmiotów realizujących zadanie ze środków publicznych Gminy.

Z zabiegów rehabilitacji leczniczej finansowanych przez Gminę Kędzierzyn-Koźle mogą skorzystać tylko zainteresowani pacjenci spełniający kryteria:

1. pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
	* na pobyt stały, lub
	* na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu),
2. rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,

którzy po skorzystaniu ze świadczenia zobowiązani są do złożenia własnoręcznego oraz czytelnego podpisu potwierdzającego odbyte zabiegi (w przypadku osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych podpis opiekuna prawnego).

Umowa udzielająca dotacji na realizację programu polityki zdrowotnej, określająca szczegółowe warunki realizacji zadania, zawarta zostanie z podmiotem, który złoży najkorzystniejszą ofertę i będzie obowiązywała od dnia jej podpisania **do 30 listopada 2020 r**., chyba, że nastąpią okoliczności na podstawie, których umowa zostanie wypowiedziana. Warunki takie zostaną szczegółowo określone w umowie.

**Gmina zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli prawidłowości realizacji zadania, w tym również kontroli prowadzonych programów polityki zdrowotnej, bez konieczności wcześniejszego informowania realizatora zadania o planowanej kontroli.**

W przypadku stwierdzenia wykorzystania środków publicznych niezgodnie z warunkami konkursu lub umowy środki te zostaną zwrócone na konto Gminy wraz z ustawowymi odsetkami.

Jednostka realizująca zadania, wyłoniona w wyniku konkursu nie może zlecić realizacji zadania innej jednostce pod rygorem unieważnienia umowy.

# II. Wysokość środków przeznaczonych na realizację w/w programu polityki zdrowotnej

Wysokość środków przeznaczonych w 2018 r. – 174.000,00 zł

Wysokość środków przeznaczonych w 2019 r. – 171.000,00 zł

Wysokość środków przeznaczonych w 2020 r. – 162.000,00 zł (po 40.500,00 zł na każdy rejon)

III. Cel zadania

Celem zadania jest zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie programu polityki zdrowotnej, podnoszenie świadomości społeczeństwa o istocie profilaktyki i potrzebie wczesnej samokontroli.

IV. Wydatki pokrywane ze środków publicznych Gminy

Zamawiający zapłaci Wykonawcy za realizację programu polityki zdrowotnej ujętego w załączniku do niniejszego ogłoszenia - wynagrodzenie zryczałtowane brutto (zryczałtowana kwota brutto za ilość zrealizowanych punktów udzielonych świadczeń wskazanych w katalogu świadczeń w punkcie V.1.b), przy czym łączna wysokość wynagrodzenia zryczałtowanego nie może przekroczyć kwoty przyznanej programowi polityki zdrowotnej.

V.  Warunki jakie powinien spełniać podmiot ubiegający się o środki publiczne przeznaczone na realizację zadania.

**1. Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje:**

a) prowadzenie programów polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.),

b) prowadzenie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych dla osób zameldowanych na pobyt stały lub czasowy powyżej roku w Kędzierzynie-Koźlu na podstawie **Programu Ochrony Zdrowia na lata 2020-2022** w zakresie rehabilitacji leczniczej obejmującej kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo, pole elektromagnetyczne, światłolecznictwo i ciepłolecznictwo, **polegającej na wykonaniu nie mniej niż po 40.500 punktów dla każdego z dwóch podmiotów leczniczych za udzielenie usług wskazanych w poniższym katalogu świadczeń:**

|  |  |
| --- | --- |
| **rodzaj świadczenia** | **wartość punktowa w warunkach ambulatoryjnych** |
| **Kinezyterapia** |
| Ćwiczenia wspomagane\* | 8 |
| Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem\* | 6 |
| Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem\* | 6 |
| Ćwiczenia izometryczne\* | 6 |
| Wyciągi | 7 |
| Inne formy usprawniania (kinezyterapia)\* | 5 |
| **Masaż** |
| Masaż suchy - częściowy - minumum 20 minut na jednego pacjenta w tym min. 15 minut czynnego masażu  | 10 |
| Masaż limfatyczny ręczny  | 12 |
| Masaż limfatyczny mechaniczny  | 6 |
| Masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi) | 10 |
| Masaż podwodny miejscowy | 10 |
| Masaż podwodny całkowity | 15 |
| Masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące itp.) | 4 |
| **Elektrolecznictwo** |
| Galwanizacja | 4 |
| Jonoforeza | 5 |
| Kąpiel czterokomorowa | 10 |
| Kąpiel elektryczna – wodna całkowita | 14 |
| Elektrostymulacja  | 7 |
| Prądy diadynamiczne | 4 |
| Prądy interferencyjne | 4 |
| Prądy TENS | 4 |
| Prądy TREBERTA | 4 |
| Prądy KOTZA | 4 |
| Ultradźwięki miejscowe | 6 |
| Ultrafonoforeza | 7 |
| **pole elektromagnetyczne** |
| Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości  | 6 |
| Diatermia krótkofalowa, mikrofalowa | 6 |
| Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości  | 3 |
| **światłolecznictwo i ciepłolecznictwo** |
| Naświetlanie promieniami IR, UV – miejscowe | 3 |
| Laseroterapia - skaner | 3 |
| Laseroterapia punktowa | 6 |
| Okłady parafinowe | 4 |

*\* - czas trwania zabiegu – minimum 15 minut*

w ilości nie więcej niż dwa rodzaje zabiegów, przy czym na każdy rodzaj zabiegu przypadać będzie nie więcej niż dziesięć powtórzeń.

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku posiadający rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. U pacjenta, który zgłosi się do udziału bez skierowania lekarskiego zostanie przeprowadzony wywiad i badanie kwalifikujące do udzielania zabiegów, czasu i ilości powtórzeń:

1. prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem,
2. przeprowadzenia wywiadu i badania kwalifikującego pacjenta do udzielania zabiegów, czasu i ilości powtórzeń,
3. wykonania zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń,
4. edukacja pacjentów do zwiększenia aktywności fizycznej, uświadamiając im korzyści z tego płynące,
5. edukacja w zakresie zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej,
6. edukacja w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych – zastosowanie rodzaju świadczeń dobranych zgodnie z zaleceniami rehabilitanta,
7. przeprowadzenia ankiety zawierającej ocenę jakości udzielonych świadczeń w ramach Programu (efektywność podjętej interwencji na podstawie ankiety opracowanej przez realizatora) – opracowany wynik należy zawrzeć w sprawozdaniu,
8. przeprowadzenia ankiety ewaluacyjnej (ankieta będzie stanowiła załącznik do umowy) – opracowany wynik należy zawrzeć w sprawozdaniu,
9. przeprowadzenie badania poziomu wzrostu wiedzy uczestników z przeprowadzonej edukacji (program edukacyjny obejmujący tematykę w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej, zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej, ćwiczeń w warunkach domowych) przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora testu przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po jej zakończeniu – opracowany wynik należy zawrzeć w sprawozdaniu.

2. Kwalifikacje zawodowe osób, które realizować będą program polityki zdrowotnej:

Dysponowanie specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych udokumentowane dyplomami, certyfikatami itp. zgodnie z załącznikiem nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 465 z późn. zm.).

3. Warunki lokalowe oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt:

1. dysponowanie lokalem (na cały okres realizacji zadania), w którym prowadzony będzie program polityki zdrowotnej, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania wymagań określonych w Rozporządzeniu 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 poz. 595),
2. dysponowanie specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji programu polityki zdrowotnej wraz z informacją o stanie technicznym sprzętu (potwierdzone odpowiednimi dokumentami).

4. Podmioty, których ofertę wybrano, zobowiązane będą zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

VI.   Do oferty należy dołączyć:

Wszystkie dokumenty wskazane w formularzu oferty stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia.

**Kopie dokumentów dołączonych do oferty powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem (na każdej stronie)** zdatą i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie. Jeżeli dokument będzie miał więcej niż dwie strony wystarczy potwierdzić na ostatniej stronie i wskazać, których stron potwierdzenie dotyczy.

VII.  Składanie ofert

1. Kompletną ofertę na realizację programu polityki zdrowotnej należy składać bezpośrednio lub przesyłką pocztową na formularzu oferty, stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia, w zamkniętych kopertach
z napisem „Otwarty konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej objętej Programem Ochrony Zdrowia na lata 2020-2022 – Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle obejmujący rejon ………. (numer rejonu miasta zgodny z treścią ogłoszenia, na który jest składana oferta)” w Kancelarii Ogólnej Urzędu Miasta (pok. 139) w terminie do dnia 26.03.2020 r. do godziny 15:30 przy czym za datę złożenia oferty przyjmuje się datę jej wpływu do Urzędu Miasta. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
2. Oferent może wycofać złożoną ofertę tylko w formie pisemnej.
3. Oferty świadczeniodawców uczestniczących w postępowaniu konkursowym nie podlegają zwrotowi.

VIII. Termin, tryb i kryteria rozpatrywania ofert.

1. Otwarcie ofert złożonych w ramach konkursu nastąpi w dniu 27.03.2020 r. w siedzibie Urzędu Miasta
w Kędzierzynie-Koźlu przez Komisję konkursową powołaną przez Prezydenta Miasta.
2. Gmina zastrzega sobie prawo wezwania oferenta w celu uzupełnienia oferty lub złożenia wyjaśnień.
3. Ocena ofert:

Oferty na program polityki zdrowotnej stanowiący załącznik do niniejszego ogłoszenia kompletne i spełniające wszystkie wymogi formalne ocenione będą według następujących kryteriów:

1. ceny brutto za 1 punkt przeprowadzenia zabiegu - kryterium to ważyć będzie w 50% na ocenie oferty,
2. liczba dostępnych lokali gdzie wykonywane będą zabiegi - kryterium to ważyć będzie w 15 % na ocenie oferty,
3. liczba dni w których przeprowadzane będą zabiegi – kryterium to ważyć będzie w 15 % na ocenie oferty,
4. liczba godzin w których przeprowadzane będą zabiegi – kryterium to ważyć będzie w 20 % na ocenie oferty.

 Powyższe kryterium oceny liczone będzie w następujący sposób:

* ocena oferty pod względem ceny = cena najkorzystniejszej oferty ÷ cenę ocenianej oferty x waga oceny,
* ocena oferty pod względem lokalu = liczba lokali w ofercie ocenianej  liczbę lokali w ofercie obejmującej największą liczbę lokali x waga oceny,
* ocena pod względem ilości dni w których wykonywane będą zabiegi = liczba dni w ofercie ocenianej  liczba dni w ofercie zawierającej największa liczbę dni x waga ceny,
* ocena pod względem liczby godzin w których przeprowadzane będą zabiegi = liczba godzin w ofercie ocenianej  liczba godzin w ofercie zawierającej największa liczbę godzin x waga ceny.
1. W przypadku oceny pod względem liczby dni, w których wykonywane będą programy polityki zdrowotnej Gmina będzie brała pod uwagę dni tygodnia od poniedziałku do piątku.
2. W przypadku niemożności wyboru oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert będą przedstawiać taki sam bilans ceny i innych kryteriów oceny ofert dokona się wyboru oferty z najniższą ceną oraz w przypadku oferenta, który realizował zadanie w poprzednim roku, będą brane pod uwagę wyniki kontroli przeprowadzone w danej placówce podczas realizacji zadania publicznego finansowanego ze środków Gminy.
3. W przypadku niemożności dokonania wyboru oferty, o którym mowa w pkt 5, ze względu na to, że oferty dwóch lub więcej oferentów uzyskają taki sam bilans oceny oraz będą zawierać taką samą cenę, konieczne będzie wezwanie oferentów do złożenia w terminie określonym przez Gminę, ofert dodatkowych, przy czym oferty te nie będą mogły zawierać cen wyższych niż wskazane w złożonych ofertach. W przypadku nie złożenia oferty dodatkowej przez żadnego z oferentów konkurs zostanie unieważniony. Ustala się termin związania ofertą na
30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w ciągu 30 dni od daty otwarcia ofert.
5. Wyniki konkursu ofert zostaną ogłoszone niezwłocznie po zatwierdzeniu protokołu. Informacja zostanie przekazana w formie pisemnej do każdego z oferentów.
6. Podmiot, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest zawrzeć umowę na realizację programu polityki zdrowotnej zgodnie z treścią złożonej oferty i ustalonym wzorem umowy.

IX. Postanowienia końcowe

1. Gmina zastrzega sobie prawo zamknięcia konkursu w poszczególnych programach bez wyboru oferty.
2. Gmina zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert.
3. Gmina nie dopuszcza złożenia więcej niż jednej oferty przez tego samego oferenta na jeden program polityki zdrowotnej w jednym rejonie.
4. Gmina nie dopuszcza składania ofert wspólnych na realizację programu polityki zdrowotnej.
5. Kwota przyznana na realizację poszczególnych programów może być niższa od wskazanej w ogłoszeniu.
6. Szczegółowe ustalenia dotyczące formy i terminów przekazania środków finansowych, trybu oraz terminów ich rozliczenia zostaną określone w umowach zlecających realizacje programu polityki zdrowotnej.
7. W niniejszym postępowaniu oferentom nie przysługuje prawo odwołania się.

Z warunkami konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej objętego Programem Ochrony Zdrowia na lata 2020-2022 można zapoznawać się od dnia ukazania się niniejszego ogłoszenia na: stronie internetowej BIP Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle - www.kedzierzynkozle.pl, tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle oraz w Wydziale Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta.

Dodatkowych informacji na temat warunków uzyskania środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania publicznego udzielają pracownicy Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle, ul Piramowicza 32, pokój nr 129-130, tel. 77 40 50 317.

**Z up. PREZYDENTA MIASTA**

**Kędzierzyn-Koźle**

 **Artur Maruszczak (-)**

**ZASTĘPCA PREZYDENTA**

**ds. Gospodarki Przestrzennej**

**i Inwestycyjno-Remontowej**

Odpowiedzialny za sporządzenie informacji:

Zastępca Kierownika Wydziału

Polityki Mieszkaniowej,

Spraw Socjalnych i Zdrowia

Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle

Maja Mrożek - Dobber (-)

# Oferta

na realizację „programu rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle”.

1. Oferent (pełna nazwa):

……………………………………………….……….……………………………………………………………

1. Adres siedziby oraz rejon (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

…………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………

………………………………….………………….………………………………………………………………

1. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy z rejestrów w załączeniu.

..................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………

1. Szczegółowy sposób realizacji zadania:
	1. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:

..................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* 1. Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresów lokalu(lokali) na terenie miasta, gdzie wykonywane będą zabiegi, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu polityki zdrowotnej objętego ofertą oraz środki transportu i łączności wraz z oświadczeniem, że aparatura i sprzęt do realizacji programu zdrowotnego objętego ofertą spełniają wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu:

..................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* 1. Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane zabiegi:

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* 1. Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

1. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę:

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ............. zł za1 punkt udzielonych świadczeń wskazanych w katalogu świadczeń w punkcie V.1 b) ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ………… w ……………………………
3. Oświadczam, że świadczenia finansowane z budżetu gminy nie będą/będą\* finansowane również z innych źródeł i nie będą/będą\* wchodzić w kolizję ze świadczeniami finansowanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
5. Oświadczam, że jestem uprawniony/uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę
o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
6. Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem rzeczowym.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej opublikowanego w dniu ………… w ……………………………, a także z szczegółowymi warunkami konkursu.
8. Realizacja programu zdrowotnego rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się
**do dnia 30 listopada 2020 r.**

Miejscowość, data, imię, nazwisko i podpis oferenta lub osoby(osób) występującej(ych) w imieniu oferenta:

………………………………………………………..……………..…………………………………………………

………………………………………………………………………………..…………..……………………………

**Uwaga!**

**Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę(osoby) uprawnioną(e)
do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.**

\* - niewłaściwe skreślić

**Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:**

1. **dokumenty rejestrowe:** odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie, jednak **nie wcześniej niż 30 dni przed terminem składania ofert,** w oryginale lub w kopii poświadczonej co do zgodności z oryginałem przez oferenta**,**
2. statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – właściwe dla oferenta,
3. dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania,
4. dysponowanie specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych udokumentowane dyplomami, certyfikatami itp. zgodnie z załącznikiem nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych
z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 465 z późn. zm.),
5. dysponowanie lokalem (na cały okres realizacji zadania),w którym prowadzony będzie program zdrowotny, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania wymagań określonych w Rozporządzeniu 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 poz. 595),
6. dysponowanie specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji programu zdrowotnego wraz
z informacją o stanie technicznym sprzętu (potwierdzone odpowiednimi dokumentami),
7. wzór ankiety przeprowadzonej wśród osób zakwalifikowanych do udziału w Programie zawierającej ocenę jakości udzielonych świadczeń w ramach Programu (ocenę efektywności podjętej interwencji)
8. wzór testu wiedzy przeprowadzonego przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu rehabilitacji mającego za zadanie zbadanie poziomu wzrostu wiedzy uczestników z przeprowadzonej edukacji (program edukacyjny obejmujący tematykę w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej, zagrożeń zdrowotnych wynikających
z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej, ćwiczeń w warunkach domowych).