

**ZARZĄDZENIE NR 208.2022  
WÓJTA GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 27 października 2022 r.

**w sprawie zmiany Zarządzenia Nr 196.2022 z dnia 6 października 2022 r. dotyczącego ogłoszenia konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice na lata 2023-2025.**

Na podstawie art. 7 ust.1 pkt 5 i art. 30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 559 ze zm.) oraz art. 9a i 9b ust. 1 i 2 oraz art. 48b ust. 2-4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu Nr 196.2022 Wójta Gminy Grębocice z dnia 6 października 2022 r. w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice na lata 2023-2025 wprowadza się następujące zmiany:

- 1) W Załączniku Nr 1 do Zarządzenia Nr 196.2022 z dnia 6 października 2022 r. zmienia się pkt. V ust. 1 i nadaje się mu brzmienie: "1.Termin składania ofert upływa w dniu 10.11.2022 r. o godzinie 12.00 (decyduje data wpływu do Urzędu Gminy w Grębocicach).".
- 2) Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 196.2022 z dnia 6 października 2022 r. otrzymuje brzmienie, jak w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wójt Gminy Grębocice

**Roman Jabłoński**

**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY ŚWIADCZENIA USŁUG ZDROWOTNYCH NA RZECZ  
MIESZKAŃCÓW GMINY GRĘBOCICE NA LATA 2023-2025**

.....  
1. Oferent (pełna nazwa).

.....  
.....

2. Adres, kod pocztowy, telefon i fax oferenta.

.....  
.....

3. Nazwisko i imię dyrektora/prezesa/osób uprawnionych do reprezentowania instytucji.

.....  
.....

4. Nazwa banku i nr konta bankowego.

.....  
.....

5. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (numery wpisów do rejestru podmiotówwykonujących działalność leczniczą, Krajowego Rejestru Sądowego bądź Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.).

.....  
.....

6. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie świadczenia usług zdrowotnych będących przedmiotem konkursu lub realizacji innych programów zdrowotnych.

.....  
.....

7. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować zadanie m.in., ilość godzin, w których pacjenci będą przyjmowani przez lekarza specjalistę.

.....  
.....

8. Określenie warunków udzielania świadczeń i adresu lokalu, w którym świadczone będą usługi (wyposażenie gabinetów itp.)

.....  
.....

9. Określenie sposobu rejestracji pacjentów (osobiście i telefoniczne w jakich godzinach i pod jakim adresem bądź numerem telefonu).

.....  
.....

10. Świadczenia zdrowotne wykonywać będzie personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi. Poniżej przedstawiamy imienny wykaz personelu medycznego, który będzie odpowiedzialny za realizację świadczeń:

Imię i nazwisko	zawód	uzyskany stopień specjalizacji

11. Koordynatorem zadania ze strony realizatora jest....., z którym można kontaktować się telefonicznie pod numerem.....

12. Kalkulacja kosztów zamówienia:

**12.1 Cena ofertowa na rok 2023:**

cena brutto: .....zł / **miesięcznie** słownie (.....)

cena brutto ..... zł / **rocznie** słownie (.....)

w tym:

Poradnie Specjalistycznych Usług Medycznych:

**a. Zakład rehabilitacji : (5 razy w tygodniu po 5 godz.) :**

cena brutto ..... zł / miesięcznie

cena brutto .....zł / rocznie

**b. Poradnia kardiologiczna (2 razy w miesiącu po 4,5 godz.) :**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto ..... zł / rocznie

**c. Poradnia laryngologiczna (1 raz w tygodniu po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto .....zł / rocznie

**d. Poradnia okulistyczna (1 raz w tygodniu po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto ..... zł / rocznie

**e. Poradnia diabetologiczna (1 raz co 2 tygodnie po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto .....zł / rocznie

**12.2. Cena ofertowa na rok 2024:**

cena brutto: .....zł / **miesięcznie** słownie (.....)

cena brutto ..... zł / **rocznie** słownie (.....)

w tym:

Poradnie Specjalistycznych Usług Medycznych:

**a. Zakład rehabilitacji : (5 razy w tygodniu po 5 godz.) :**

cena brutto ..... zł / miesięcznie

cena brutto .....zł / rocznie

**b. Poradnia kardiologiczna (2 razy w miesiącu po 4,5 godz.) :**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto ..... zł / rocznie

**c. Poradnia laryngologiczna (1 raz w tygodniu po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto .....zł / rocznie

**d. Poradnia okulistyczna (1 raz w tygodniu po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto ..... zł / rocznie

**e. Poradnia diabetologiczna (1 raz co 2 tygodnie po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto .....zł / rocznie

**12.3. Cena ofertowa na rok 2025:**

cena brutto: .....zł / **miesięcznie** słownie (.....)

cena brutto ..... zł / **rocznie** słownie (.....)

w tym:

**a. Zakład rehabilitacji : (5 razy w tygodniu po 5 godz.)**

cena brutto ..... zł / miesięcznie

cena brutto .....zł / rocznie

**b. Poradnia kardiologiczna (2 razy w miesiącu po 4,5 godz.) :**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto ..... zł / rocznie

**c. Poradnia laryngologiczna (1 raz w tygodniu po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto .....zł / rocznie

**d. Poradnia okulistyczna (1 raz w tygodniu po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto ..... zł / rocznie

**e. Poradnia diabetologiczna (1 raz co 2 tygodnie po 4 godz.):**

cena brutto ..... zł / miesięcznie słownie

cena brutto .....zł / rocznie

**12.4. Łączna wartość świadczonych usług w latach 2023-2025:**

.....

**13 Realizacja oferty.**

Czas realizacji zadania od ..... Do.....

14. Świadczenia realizowane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz wymogami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....

miejsowość, data

podpis oferenta

lub osoby (osób) występujących

w imieniu oferenta