OGŁOSZENIE

z dnia..13.05.2016.....

Prezydenta Miasta Głogowa

Działając na podstawie art. 48 ust.1 oraz art.48b ust.1 -3 ustawy z dnia 08 kwietnia 2015 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2015, poz. 581.) oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz.654 z póź.zm)

ogłasza konkurs ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych, obejmujących działania profilaktyczne i edukacyjne pn "Profilaktyka chorób nowotworowych piersi –„Nauka samobadania piersi w szkołach gimnazjalnych klas I,II,III klas dziewcząt w roku 2016 zamieszkałych na terenie miasta Głogowa"

Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania - 5 000 zł

1. **Nazwa i siedziba organu ogłaszającego konkurs:**

   Gmina Miejska Głogów ,Rynek 10, 67-200 Głogów.

2. **Przedmiot konkursu:**

Przedmiotem konkursu jest przeprowadzenie dla dziewcząt klas I,II,III szkół gimnazjalnych teoretyczną naukę samobadania piersi wg konspektów i praktyczną z użyciem fantomów .

3. **Adresaci konkursu:**

Uprawnione do profilaktycznej nauki samobadania piersi są uczennice klas gimnazjalnych, zamieszkałych na terenie miasta Głogowa (szacunkowa liczba dziewcząt – 900).

Termin na który może być zawarta umowa – od maja do 10 grudnia 2016r.

4. **Wymagania stawiane podmiotowi składającemu ofertę:**

1. Nauka samobadania piersi przeprowadzona będzie przez pielęgniarki dyplomowane indywidualnie i grupowo.

2.Podmiot składający ofertę winien posiadać co najmniej 3 letnie doświadczenie w zakresie realizowania programów profilaktycznych dla młodzieży,

4.Personel realizujący program musi posiadać odpowiednie kwalifikacje, wiedzę i powinien być wyposażony w fantomy do nauki.

5.Załącznikiem do umowy będzie szczegółowy harmonogram realizacji zadania.

5. Spełnienie wymagań formalnych:

1) Złożenie oferty w terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie.
2) Zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego REGON.
3) Zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego NIP.
4) Oświadczenie o spełnianiu wymagań merytorycznych i kwalifikacji osób bezpośrednio zaangażowanych w realizacje programu.

6. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty w zamkniętych kopertach z napisem : **„Konkurs ofert , na udzielanie świadczeń zdrowotnych, obejmujących działania profilaktyczne i edukacyjne pn " Profilaktyka chorób nowotworowych piersi –Nauka samobadania piersi w szkołach gimnazjalnych klas I,II,III klas dziewcząt w roku 2016 na terenie miasta Głogowa"**, należy składać w budynku Urzędu Miejskiego w Głogowie w Wydziale Edukacji i Spraw Społecznych w Dziale Pomocy Społecznej w pokoju 234 w terminie 15 dni od dnia opublikowania ogłoszenia do godz.14.00.

Informacje o wyłonionym podmiocie zostaną opublikowane na stronie internetowej www.glogow.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Głogowie Rynek 10.

Sporządziła :Bożena Paszkowska

Prezydent Miasta Głogowa

PREZYDENT MIASTA

Rafael Rokaszewicz

FORMULARZ OFERTY
na świadczenia realizowane w zakresie programów profilaktyki zdrowotnej.

Program profilaktyczny pod nazwą: Profilaktyka chorób nowotworowych piersi-Nauka samobadania piersi w szkołach gimnazjalnych klas I,II,III dziewcząt na 2016r zamieszkałych na terenie miasta Głogowa

I. DANE OFERENTA

Oferent	
Forma organizacyjna	
Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta	
Adres do korespondencji	
Nr telefonu , Fax	
NIP	
REGON	
Nazwa Banku, numer konta	
Inne Informacje	

II.KWALIFIKACJE REALIZATORÓW PROGRAMU

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych, specjalizacja	Inne dokumenty predysponujące do realizacji programu
1	2	3	4

III. SPRZĘT MEDYCZNY BĘDĄCY W DYSPOZYCJI OFERENTA / niezbędny do realizacji przedmiotu konkursu /

L.p.	Nazwa sprzętu	Ilość	Uwagi
1	2	3	4

W/w sprzęt posiada odpowiednie i aktualne atesty.

IV. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIA Z ZAKRESU OBJĘTEGO PRZEDMIOTEM POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

.....

.....

.....

.....

.....

V. ZASADY REALIZACJI PRZEDMIOTU KONKURSU:

.....

.....

.....

.....

VI. OFERTA CENOWA

Koszt realizacji zadania w przeliczeniu na jednego ucznia .....

(słownie: .....

.....

VII. POSIADANIE KONTRAKTU Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA W ZAKRESIE SPECJALISTYKI

Proszę wpisać: Tak lub Nie .....

VIII. ZAŁĄCZONE OŚWIADCZENIA I DOKUMENTY :

.....

.....

.....

.....

.....

Pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są prawdziwe.

Podpis/y i pieczątka/ki osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta