**Załącznik do ogłoszenia**

**Oferta na realizację na terenie Grudziądza w 2018 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wczesnego wykrywania raka piersi”**

stanowiącego załącznik Nr 1 *do*

*Uchwały Nr* XLIX/76*/14 Rady Miejskiej Grudziądza z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki wczesnego wykrywania raka piersi”.*

1. Nazwa i adres siedziby podmiotu leczniczego.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Nr księgi rejestrowej oraz oznaczenie organu rejestrowego w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | --- | |  | |  |  |

1. Nazwa banku i numer rachunku, na który należy przekazać wynagrodzenie za realizację Programu ………………………………………………..………………………………….
2. Miejsce realizacji świadczeń w ramach Programu (dokładny adres).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Świadczenie | Adres | Nazwa komórki organizacyjnej oferenta |
| Kwalifikacja uczestniczek (z wykorzystaniem ankiety) oraz badanie mammograficzne |  |  |
| Konsultacja lekarska |  |  |
| Badanie USG piersi |  |  |
| Biopsja cienkoigłowa |  |  |
| Biopsja gruboigłowa |  |  |
| Ocena histopatologiczna pobranego materiału |  |  |

1. Koordynator Programu (imię, nazwisko, nr tel.).

……………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………

1. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie Programu (imię, nazwisko, nr tel.).

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Osoba odpowiedzialna za kampanię informacyjną (imię, nazwisko, nr tel.).

…………… ………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………

1. Dostępność świadczeń realizowanych w ramach Programu.

Proszę określić dni tygodnia i godziny, w których możliwa jest realizacja świadczeń.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa świadczenia | Dni | Godziny |
| Kwalifikacja uczestniczek (z wykorzystaniem ankiety) oraz badanie mammograficzne |  |  |
| Konsultacja lekarska |  |  |
| Badanie USG piersi |  |  |
| Biopsja cienkoigłowa |  |  |
| Biopsja gruboigłowa |  |  |

1. Proponowana kwota wynagrodzenia za realizację Programu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa świadczenia | Cena jednostkowa świadczenia | Liczba świadczeń | | Łączna wartość świadczeń |
| Przeprowadzenie i analiza ankiet | zł |  | | zł |
| Badanie mammograficzne | zł |  | | zł |
| Konsultacja lekarska | zł |  | | zł |
| Badanie USG piersi | zł |  | | zł |
| Badanie mammograficzne uzupełniające | zł |  | | zł |
| Biopsja cienkoigłowa | zł |  | | zł |
| Biopsja gruboigłowa | zł |  | | zł |
| Wydanie wyniku i przekazanie zaleceń | zł |  | | zł |
| Kampania informacyjna | zł | |  | zł |
| **Razem** | - | - | | zł |

1. Proponowany harmonogram przekazywania transz wynagrodzenia za realizację Programu z uwzględnieniem wysokości i terminów poszczególnych transz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numer transzy | Kwota | Termin przekazania transzy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Harmonogram kampanii informacyjnej mającej na celu promocję badań realizowanych w ramach Programu wśród kobiet w wieku 50-69 lat oraz adresowanych do kobiet w wieku 40-49 i od 70 lat.

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa działania | Termin działania |
| Informacje w lokalnych mediach |  |
| Dystrybucja ulotek i plakatów |  |
| Organizowanie wydarzeń połączonych z możliwością jednoczesnego wykonania badań mammograficznych |  |

1. Informacja o programach polityki zdrowotnej realizowanych w przeszłości finansowanych z innych źródeł niż Narodowy Fundusz Zdrowia.

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa programu | Okres realizacji |
|  |  |
|  |  |

1. Czy podmiot leczniczy realizuje *Program profilaktyki raka piersi* w ramach umowy na rok 2018 z Narodowym Funduszem Zdrowia?
   * Tak
   * Nie
2. Oświadczam, że na dzień ……………………………………..… (data)

……………………………..…………………………………………………………………………………………...………………………………………(nazwa podmiotu) spełnia warunki wymagane od świadczeniodawców *Programu profilaktyki raka piersi* określone w Załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1743 z późn. zm.)

1. ………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………….. (nazwa podmiotu)

zobowiązuje się do:

* 1. zapewnienia przez cały okres realizacji Programu warunków wymaganych od świadczeniodawców *Programu profilaktyki raka piersi* określonych w Załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1743 z późn. zm.);
     1. niewykazywania świadczeń wykonywanych w ramach Programu w rozliczeniach finansowych z innymi podmiotami;
     2. posiadania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji Programu.

……..…..………………………………………….

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania)