

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

.....  
(miejsowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

dot. udzielenia mieszkańcom Gminy Września gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu

### I. Dane dotyczące Oferenta

1) Pełna nazwa Oferenta:

.....  
.....

2) Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) – miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail)

.....  
.....

3) Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalnością leczniczą:

.....  
.....

4) Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta:

.....  
.....

5) Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

.....  
.....

6) Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....  
.....

### II. Informacje o planowanej realizacji zadań

1) Proponowany czas trwania umowy (rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadań)

.....  
.....

2) Miejsce realizacji planowanych zadań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

.....  
.....

3) Warunki lokalowe (liczba pomieszczeń do psychoterapii indywidualnej i grupowej, gabinet lekarski, rejestracja in.):

.....  
.....

4) Wyposażenie (sprzęt i urządzenia):

.....  
.....

5) Określenie składu i kwalifikacji osób realizujących planowane zadania:

Lp.	Imię i Nazwisko	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Forma współpracy z Oferentem	Udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

6) Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

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

7) Planowane działania informacyjne:

.....  
.....

8) Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny ustalania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

.....  
.....

9) Charakterystyka planowanych zadań wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa zadania	Opis planowanych działań, w tym pracy terapeutycznej (rodzaju świadczeń)	Liczba odbiorców
1.	<b>Zadanie nr 1</b>		
2.	<b>Zadanie nr 2</b>		

3.	<b>Zadanie nr 3</b>		
4.	<b>Zadanie nr 4</b>		
<b>CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:</b>			

10) Zakładane rezultaty:

.....  
 .....

11) Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów planowanych do realizacji zadań:

.....  
 .....

12) Liczba godzin poszczególnych świadczeń w ramach planowanych do realizacji zadań:

Lp.	Rodzaj świadczeń	Zadanie nr 1	Zadanie nr 2	Zadanie nr 3	Zadanie nr 4	Całkowita liczba godzin danego świadczenia
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
	RAZEM- liczba godzin w ramach planowanych do realizacji zadań					

### III. Plan finansowy- preliminarz kosztów

Lp.	Rodzaj świadczenia	Liczba godzin danego świadczenia (zgodnie z kolumną nr 7 tabeli z pkt. II.)	Stawka brutto w PLN	Wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Całkowity koszt realizacji zadań (kwota brutto w zł):				
słownie:				

#### IV. Informacje dodatkowe.

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

#### Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Miasta i Gminy Września dot. konkursu na udzielenie mieszkańcom Gminy Września gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia od alkoholu.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień założenia oferty.

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób  
upoważnionych do reprezentowania  
oferenta i składania oświadczeń woli

BURMISTRZ  
/-/ Tomasz Kałużny

#### Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. kopię zaświadczenia rejestru (wydruk/ odpis) o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do właściwego rejestru w odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 106 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567, 1493, 2112, 2345, 2401) oraz w oparciu o § 17 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2019 r., poz. 605 ze zm.),
2. kopię statutu jednostki lub innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, (np. kopię umowy spółki),
3. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnych do realizacji zadania,
4. kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
5. oświadczenie o nie zaleganiu płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
6. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach realizacji zadań będących podmiotem niniejszego konkursu ofert, nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

#### Pouczenie

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.