

.....
(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.			
2.			
3.			

4.		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:		

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 (m. in. zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami).

