

FORMULARZ OFERTY

do konkursu ofert na wybór realizatora gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” w 2021 r.

1. Dane oferenta

I	Dane oferenta
Adres (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo)	
Telefon, fax, adres e-mail	
Data i numer wpisu do właściwego rejestru	
NIP	
Regon Nr rach. bankowego	
Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, udzielanie informacji)	
Opis działań podejmowanych w celu realizacji zadania	

II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń:		
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Data od kiedy udziela świadczeń u oferenta wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa)	Posiadane specjalizacje, certyfikaty
III. Informacje o warunkach lokalowych oraz sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń zdrowotnych:		
Warunki lokalowe zgodne z przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie		
Wyposażenie w sprzęt medyczny (aparatura, sprzęt do realizacji świadczeń) zgodny z przepisami obowiązującymi w tym zakresie		
IV. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:		
Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres)		
Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń		
V. Kalkulacja realizacji zadania:		
Cena jednostkowa brutto w zł za 1 punkt produktu rozliczeniowego:	 zł Słownie.....
Cena jednostkowa brutto działań edukacyjnych	 zł Słownie.....
Koszt akcji informacyjnej (opracowanie i wydruk materiałów informacyjnych)	 zł Słownie.....
Koszt monitoringu i ewaluacji	 zł Słownie.....
Kalkulacja kosztu całkowitego		

2. jednocześnie oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert oraz projektu umowy;
- 2) spełniam wszystkie wymogi zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
- 3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
- 4) osoby realizujące świadczenia posiadają kwalifikacje podane przez organizatora;
- 5) przez okres realizacji zadania, zobowiązuję się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób z odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi i uprawnieniami do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczenia i odpowiadających wymaganiom odrębnych przepisów,
 - c) zapewnienia specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do wykonywania świadczeń zgodnych z wymaganiami odrębnych przepisów praw oraz posiadających aktualne przeglądy techniczne potwierdzone w paszportach tych urządzeń;
 - d) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - e) utrzymywania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji świadczeń oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
 - f) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą,

2. Ponadto Oferent oświadcza:

- a) złożona oferta wiąże nas na 30 dni, bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,
- b) w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję (my) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczętka przedstawicieli
oferenta

7. Załączniki do niniejszej oferty:

- 1) kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020r. poz. 295 z późn. zm.), zgodnego ze stanem faktycznym i prawnym,
- 2) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
- 3) statut zakładu, (jeżeli posiada),
- 4) kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu,
- 5) kopie aktualnej polisy zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie

odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania,

- 6) Decyzje w sprawie nadania nr NIP,
- 7) Zaświadczenie o nr REGON,
- 9) inne dokumenty:

.....
.....

.....
/data/

.....
/podpis Oferenta-Zleceniobiorcy
lub upoważnionego przedstawiciela/