**FORMULARZ OFERTY**

do konkursu ofert na wybór realizatoragminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” w 2024 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 |  |
| RegonNr 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: | …………………….. złSłownie……………………………………….. |
| Cena jednostkowa brutto działań edukacyjnych | …………………….. złSłownie……………………………………….. |
| Koszt akcji informacyjnej (opracowanie i wydruk materiałów informacyjnych) | …………………….. złSłownie……………………………………….. |
| Koszt monitoringu i ewaluacji | …………………….. złSłownie……………………………………….. |
| 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 niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,

f) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejsza ofertą,

3. 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 pieczątka przedstawicieli oferenta

**4.** 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 2023r. poz. 991 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,

 8) inne dokumenty:

 ……………………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………………..

 ………………………………. ………………………………………..

 /data/ /podpis Oferenta-Zleceniobiorcy

 lub upoważnionego przedstawiciela/