

FORMULARZ OFERTOWY

.....
Pieczętka Oferenta Data i miejsce złożenia oferty

I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa
Oferenta
2. Adres wraz z kodem pocztowym
.....
3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez właściwego wojewodę
4. Data i numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru
5. NIP
6. REGON
7. Czy placówka jest płatnikiem podatku VAT.....
8. Kierownik podmiotu
- (imię i nazwisko, nr telefonu)*
9. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania
- (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*
10. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania
- (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*
11. Nazwa banku i numer rachunku
-
12. Termin realizacji:
13. Numer fax

II. Wartość oferty

Lp.	Rodzaj czynności	Proponowana cena za usługę (w zł)
1.	porada lub wizyta diagnostyczna	
2.	porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna)	
3.	sesja psychoterapii indywidualnej	
4.	sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty	
5.	sesja psychoterapii rodzinnej/pary	
6.	sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika)	
7.	sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika)	
OGÓLEM:		

Uwagi dodatkowe:

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

III. Oświadczam(-my), że:

- 1) proponowane zadanie – przedmiot konkursu mieści się w zakresie działalności statutowej podmiotu, a wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 2) będę udzielał świadczeń zgodnych z przedmiotem ogłoszenia finansowanych przez Gminę Nowy Wiśnicz tym pacjentom, których świadczeń nie finansuje jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach posiadanej przeze mnie umowy z NFZ (dotyczy to także innych podmiotów),
- 3) posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,
- 4) zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia konkursowego, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.
- 5) posiadam wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z kodem resortowym komórki/ek organizacyjnej/ych wskazanej/ych w ogłoszeniu,
- 6) wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb postępowania konkursowego, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1100,1669).

.....
pieczęć Oferenta oraz podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji

IV. Realizacja programów terapeutycznych (nazwa programu oraz krótki opis):

1.
2.
3.

V. Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych:

- poradnia usytuowana na parterze lub w przyziemiu budynku (posiada podjazdy)¹
- poradnia usytuowana powyżej parteru (pierwszej kondygnacji) posiada dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd osób niepełnosprawnych
- co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych

Załączniki do formularza ofertowego (dla każdej lokalizacji wskazanej przez oferenta):

- 1) zakres oraz miejsce wykonywania świadczeń – załącznik nr 1 do oferty,
- 2) harmonogram pracy personelu – załącznik nr 2 do oferty,
- 3) kwalifikacje zawodowe personelu – załącznik nr 3 do oferty.

Dodatkowo wraz z formularzem ofertowym należy złożyć:

- kopię aktualnego statutu, bądź innego dokumentu określającego status formalnoprawny podmiotu,
- kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu wymienionego w załączniku nr 3 do oferty,
- pełnomocnictwo (w przypadku podpisania oferty i wszelkich dokumentów przez osobę nie wymienioną we właściwych rejestrach jako upoważnioną do reprezentowania Oferenta)

Oferta składa się z: formularza ofertowego wraz z załącznikami (nr 1, 2 i 3) oraz pozostałych niezbędnych dokumentów, które stanowią integralną część oferty.

Wszystkie dokumenty – kserokopie stanowiące załączniki do oferty muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania podmiotu leczniczego – Oferenta.

Wszystkie strony formularza ofertowego wraz z załącznikami oraz pozostałe załączniki do oferty (wymagane dokumenty) muszą być kolejno ponumerowane (od pierwszej strony oferty do ostatniej strony załącznika) i zaparafowane przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania podmiotu leczniczego – Oferenta.

¹ Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych dotyczy wszystkich poradni wskazanych w ofercie.

Załącznik nr 1 do oferty

**Zakres oraz miejsce wykonywania świadczeń
(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)**

			harmonogram pracy komórki (godziny od.....do....)					
Kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	adres komórki organizacyjnej - miejsce udzielania świadczeń	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota
*1740	*poradnia uzależnień							

*- przykład

Załącznik nr 2 do oferty

**Harmonogram pracy personelu
(w godzinach od.....do.....)**

(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)

lp.	nazwisko	imię	pesel	dostępność godzinowa tygodniowo	ilość dni pracy w tygodniu
	Nowak*	Jan	1111111111	Lekarz - 9	
	Nowak*	Jan	1111111111	Psychoterapeuta - 3	

* *przykład* – w przypadku złożenia do oferty lekarza psychiatry posiadającego więcej niż 1 kwalifikacje (np. lekarz specjalista psychiatra oraz certyfikowany psychoterapeuta) należy rozdzielić jego tygodniowy czas pracy pomiędzy wskazane kwalifikacje. Podział ten jest konieczny ze względu na kryteria oceny oferty.

Załącznik nr 3 do oferty

Kwalifikacje zawodowe personelu
(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)

