*Załącznik nr 3*

*do Zarządzenia Nr I/37/20*

*Burmistrza nowego Wiśnicza*

*z dnia 5 marca 2020*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

*Pieczątka Oferenta* *Data i miejsce złożenia oferty*

1. **Dane o Oferencie:**
2. Pełna nazwa Oferenta .........................................................................................................................................................  
   .........................................................................................................................................................
3. Adres wraz z kodem pocztowym

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

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez właściwego wojewodę ....................................................................................................................
2. Data i numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru ..........................................................................................................................................................
3. NIP ............................................................
4. REGON .............................................................
5. Czy placówka jest płatnikiem podatku VAT……………………………………….………………
6. Kierownik podmiotu ........................................................................................................................

*(imię i nazwisko, nr telefonu)*

1. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania .........................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*

1. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania .........................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*

1. Nazwa banku i numer rachunku ...............................................................................................................................................

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

1. Termin realizacji: ……………………………………………………………………….…………..
2. Numer fax ……………………………………………………………………………...…………..
3. **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) | |  |
| **OGÓŁEM:** | | |  |

Uwagi dodatkowe:

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

1. **Oświadczam(-my), że:**
2. 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,
3. 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),
4. posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,
5. zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia konkursowego, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.
6. posiadam wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z kodem resortowym komórki/ek organizacyjnej/ych wskazanej/ych w ogłoszeniu,
7. wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb postępowania konkursowego, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

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

*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]](#footnote-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.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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 | 11111111111 | | Lekarz - 9 |  |
|  | Nowak\* | | Jan | 11111111111 | | 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)** | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
| **lp.** | **imię** | **nazwisko** | | | **pesel** | | **nr prawa wykonywania zawodu** | **kwalifikacje** |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |

1. Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych dotyczy wszystkich poradni wskazanych w ofercie. [↑](#footnote-ref-1)