

załącznik nr 1
do ogłoszenia konkursu ofert na
udzielanie mieszkańcom Cieszyna
gwarantowanych świadczeń zdrowotnych
z zakresu terapii uzależnień i
współuzależnienia od alkoholu

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

dot. udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.

1. 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 działalność leczniczą*:

** zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016, poz.1638, z późn. zm.) § 16 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2014 r., poz. 325).*

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 i 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 udzielania 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)	Szacowana liczba odbiorców
1.	Zadanie nr 1 Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym		
2.	Zadanie nr 2 Świadczeń pogłębionej terapii dla osób uzależnionych		
3.	Zadanie nr 3 Świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			

10. Zakładane rezultaty:

--

11. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów planowanych do realizacji zadań (metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

--

12. Liczba godzin poszczególnych świadczeń w ramach planowanych do realizacji zadań:

Lp.	Rodzaj świadczeń (zgodny z założeniami określonymi w pkt. II. 4 ogłoszenia o konkursie)	Zadanie nr 1 –świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care)...	Zadanie nr 2 –świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych	Zadanie nr 3 –świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych	Całkowita liczba godzin danego świadczenia
1	2	3	4	6	9
1.	Sesja psychoterapii grupowej				
	RAZEM – liczba godzin w ramach planowanych do realizacji zadań				

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.

Lp.	Rodzaj świadczenia (zgodnie ze wskazanymi przez Oferenta w kolumnie nr 2 tabeli z pkt. II.12)	Liczba godzin danego świadczenia (zgodnie z kolumną nr 9 tabeli z pkt. II.12) ¹	Stawka brutto w PLN	Wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5
1.	Sesja psychoterapii grupowej			
2.				
3.				
Koszt całkowity realizacji zadań (kwota brutto w zł)				
słownie:				

¹.w przypadku różnych stawek danego świadczenia w ramach poszczególnych zadań, w kolumnie nr 2 obok rodzaju świadczenia należy wskazać zadanie i wpisać liczbę godzin z kolumny tabeli z pkt. II. ppkt. 12 odnoszącej się do danego zadania

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji zadań/świadczeń/programów profilaktyki uzależnień (rodzaje zadań/świadczeń/programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)	
2	Podwykonawcy, którym Świadczeniodawca zamierza zlecić realizację części zadania (Nazwa, adres, NIP, REGON, KRS/CEIDG)	

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Miasta dot. konkursu na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.
2. Zapoznał się z ramowym wzorem umowy i zaakceptował warunki umowy.
3. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
podpis i pieczętka osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta i składania
oświadczeń woli

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. kopię zaświadczenia rejestru (wydruk/odpis) o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do właściwego rejestru w odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 106 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016, poz.1638 z późn. zm.) oraz w oparciu o § 16 ust. 1 i 2 oraz § 18 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2014 r., poz. 325),
2. kopię statutu jednostki lub innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, (np. kopię umowy spółki),
3. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
4. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
5. oświadczenie o nie zaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
6. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach realizacji zadań będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert, nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.