Załącznik nr 3

do Zarządzenia Prezydenta Miasta Pruszkowa

Nr 289 /2021 z dnia 29 listopada 2021r

.....
(pieczątka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTY

Dotyczący realizacji programów zdrowotnych w zakresie psychoterapii oraz udzielanych indywidualnych świadczeń zapobiegawczo - leczniczych i rehabilitacyjnych osobom uzależnionym od alkoholu i członkom ich rodzin

I. 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 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.)*

4. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego albo Ewidencji Działalności Gospodarczej:

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny REGON:

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta wraz z podaniem zajmowanych stanowisk :

8. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

9. Nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki bezpośrednio realizującej program:

10. 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 zespołu realizującego 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.					

6. Sposób kwalifikacji i rejestracji uczestników do programu, liczba i charakterystyka ze względu na istotne dla zadania cechy, np. wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status materialny:

7. Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

8. Planowane działania informacyjne:

9. 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:

10. Charakterystyka planowanych zadań (programów) wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa programu	Opis planowanych działań, zakres tematyczny (rodzaj świadczeń)	Liczba odbiorców
		CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:	

11. Zakładane rezultaty (wyniki, osiągnięcia):

III. PLAN FINANSOWY - PRELIMINARZ KOSZTÓW

Koszty osobowe

Lp.	Rodzaj świadczenia (programu) zgodnie tabelą z pkt. II.9	Liczba godzin danego świadczenia (programu) zgodnie z tabelą z pkt. II.9[1]	Stawka brutto w PLN za jedną godzinę	Wartość brutto w PLN
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Razem koszty osobowe (poz. a)				
Koszty rzeczowe i administracyjne (poz. b)				
R A Z E M (kwota brutto) Koszt całkowity realizacji zadania (suma poz. a i b) **słownie: .....**				

IV. INFORMACJE DODATKOWE

1. Świadczenia realizowane przez Oferenta z budżetu Miasta Pruszkowa w okresie ostatnich 2 lat (rodzaj, ilość i kwota).

2. Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki uzależnień (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu).

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Pruszkowa dotyczącego konkursu na udzielanie mieszkańcom Pruszkowa świadczeń zdrowotnych wykraczających poza zakres podstawowej oferty terapeutycznej finansowanej przez NFZ z zakresu profilaktyki, terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na terenie Miasta Pruszkowa,

2. zapoznał się z wzorem 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.

4. świadczenia wykonywane w ramach realizacji zadań będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert, nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

.....
podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. kopię zaświadczenia 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 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.)
2. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki)kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
3. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych
4. Oświadczenie Wykonawcy – Załącznik Nr 4 do ogłoszenia konkursu ofert.

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 poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.