**Załącznik nr 3**

**do Zarządzenia Prezydenta Miasta Pruszkowa**

**Nr 279/2023 z dnia 13 listopada 2023 r.**

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

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

### **F O R M U L A R Z O F E R T Y**

**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:

|  |
| --- |
|  |

1. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

1. 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 2023 r. poz. 991 ze zm.)*

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

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny NIP:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny REGON:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

|  |
| --- |
|  |

**II. INFORMACJE O PLANOWANEJ REALIZACJI ZADAŃ**

1. Proponowany czas trwania umowy (rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadań):

|  |
| --- |
|  |

1. Miejsce realizacji planowanych zadań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

|  |
| --- |
|  |

1. Warunki lokalowe (liczba pomieszczeń do psychoterapii indywidualnej i grupowej, gabinet lekarski, rejestracja i in.):

|  |
| --- |
|  |

1. Wyposażenie (sprzęt i urządzenia):

|  |
| --- |
|  |

1. 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. |  |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. Planowane działania informacyjne:

|  |
| --- |
|  |

1. 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:

|  |
| --- |
|  |

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

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

1. 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.91 | 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).

|  |
| --- |
|  |

1. 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 2023 r. poz. 991 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.