
(pieczęćka firmowa Oferenta)

(miejsowość, 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 2024 r. poz. 799)

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	Kwalifikacje do prowadzenia programu	Forma współpracy z Oferentem	Rodzaj świadczenia (programu)
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.				
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

- 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 ofert;
4. świadczenia wykonywane w ramach realizacji zadań będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert, nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami;
5. podmiot składający ofertę poinformował osoby wchodzące w skład kadry realizatorów wskazanego w ofercie o przekazaniu ich danych osobowych do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pruszkowie oraz zapoznał ich z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

podpis i pieczętka 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 2024 r. poz. 799) oraz w oparciu o § 17 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. 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 (t.j. Dz.U. z 2019 poz. 605.);
2. Oświadczenie Wykonawcy – Załącznik nr 4 do Zarządzenia;
3. Szczegółowy opis planowanych zadań (programów) zawartych w ofercie.

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 w imieniu Oferenta.