

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący realizacji programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu gminy Gorzyce” w 2020r.

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 rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

4. Nr identyfikacyjny NIP:

5. Nr identyfikacyjny Regon:

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

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

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

II. Informacje o realizacji programu

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

--

2. Miejsce realizacji programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

--

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

--

4. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności:

--

5. Określenie składu i kwalifikacji zespołu realizującego program:

Lp	Imię i Nazwisko	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Forma współpracy z Oferentem	Zadania w ramach programów/udzielane świadczenia zdrowotne
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 poszczególnych form programu wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa formy działań rehabilitacyjnych	Opis planowanych działań	Liczba odbiorców
1.	Wczesna Interwencja		
2.	Grupowe zajęcia korekcyjne		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			

10. Zakładane rezultaty programu:

--

11. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów programów (w tym zadania podlegające ocenie, metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

--

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena jednostkowa świadczenia	Ilość osób korzystających ze świadczeń	Wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Koszt całkowity realizacji programu (kwota brutto w zł) słownie:

--

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w zakresie wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu	
----	---	--

V. Informacja o prowadzonej działalności za 2019 rok:

1. Rodzaje i liczba świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Oferenta:

2. Wynik finansowy Oferenta:

3. Wysokość przychodów jednostki z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskanych w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

4. Wysokość przychodów jednostki z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż wskazane powyżej uzyskanych w poprzednim roku obrotowym:

5. Planowany koszt realizacji całości zadania:

.....
Podpis(y) osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania podmiotu

Oświadczam(y), że:

1. zapoznałem(am) się z treścią: ogłoszenia Wójta Gminy Gorzyce, szczegółowych warunków konkursu ofert,
2. zapoznałem(am) się z wzorem i zaakceptowałem(am) 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. nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
5. świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
6. wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

.....
Podpis(y) osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania podmiotu

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 upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.