

Oferta (WZÓR)

na realizację „Programu opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Popielów w roku 2024”.

1. Oferent (pełna nazwa):

.....

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

.....

.....

.....

3. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

.....

.....

.....

.....

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

.....

5. Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresu lokalu na terenie Gminy Popielów, gdzie wykonywane będą świadczenia, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu zdrowotnego objętego ofertą wraz z oświadczeniem, że aparatura i sprzęt do realizacji programu zdrowotnego objętego ofertą spełniają wymogi określone w ogłoszeniu konkursowym:

.....

.....

.....

.....

6. Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane świadczenia:

.....

.....

7. Wskazanie miejsca zamieszkania potencjalnego pacjenta (określenie czy oferta skierowana jest do całej lub części Gminy Popielów):

.....

.....

.....

.....

8. Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.....

.....

.....

9. Proponowana **zryczałtowana kwota brutto** zł za **1 punkt udzielonych świadczeń** wskazanych w katalogu świadczeń określonych w ogłoszeniu konkursowym.

10. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację Programu opublikowanego w dniu 6 lutego 2024 roku, zgodnie z Zarządzeniem Wójta Gminy Popielów w tej sprawie.

11. Oświadczam, że świadczenia finansowane z budżetu gminy nie będą/będą* finansowane również z innych źródeł i nie będą/będą* wchodzić w kolizję ze świadczeniami finansowanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia.

12. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

13. Realizacja programu zdrowotnego rozpocznie się z **dniem zawarcia umowy** i zakończy się **do dnia 15 grudnia 2024 r.**

Miejscowość, data,

imię, nazwisko i podpis oferenta lub
osoby(osób) występującej(ych)
w imieniu oferenta

.....

.....

Uwaga!

Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta lub osobę (osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.

*** - niewłaściwe skreślić**

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

- a) kopię dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej,
- b) oświadczenie dotyczące dysponowania specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych określonych w ogłoszeniu konkursowym, zawierające informacje o posiadanych dyplomach, certyfikatach itp.,
- a) kopię tytułu prawnego do lokalu lub oświadczenie o prawie do dysponowania lokalem (na cały okres realizacji zadania), w którym prowadzony będzie program zdrowotny,
- b) oświadczenie oferenta dotyczące spełniania wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402),
- e) oświadczenie dotyczące dysponowania specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji programu zdrowotnego wraz z informacją o stanie technicznym sprzętu, potwierdzone odpowiednimi dokumentami.