

Oferta (WZÓR)

na realizację „Programu opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Popielów w roku 2020”.

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 13 lipca 2020 r., 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 **w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy i zakończy się do dnia 15 grudnia 2020 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.,
- c) kopię tytułu prawnego do lokalu lub oświadczenie o prawie do dysponowania lokalem (na cały okres realizacji zadania), w którym prowadzony będzie program zdrowotny,
- d) 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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 595),
- e) oświadczenie dotyczące dysponowania specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji programu zdrowotnego wraz z informacją o stanie technicznym sprzętu, potwierdzone odpowiednimi dokumentami.