

Załącznik nr 1
do ogłoszenia o konkursie dla podmiotów leczniczych na wybór
realizatorów świadczeń terapii uzależnień w ramach Gminnego
Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz
Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Sucha Beskidzka na rok 2021

FORMULARZ OFERTOWY

.....

Pieczętka Oferenta

.....

Data i miejsce

I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....
.....

Adres wraz z kodem pocztowym

.....
.....

2. Data i numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru

.....

3. NIP

4. REGON

5. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania

.....

(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)

6. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania

.....
(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)

7. Nazwa banku i numer rachunku

.....
.....

II. Wartość oferty

Lp.	Rodzaj czynności	Cena jednostkowa brutto	Proponowana ilość świadczeń	Wartość świadczeń
1.	porada lub wizyta diagnostyczna			
2.	porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna)			
3.	sesja psychoterapii indywidualnej			
4.	sesja psychoterapii rodzinnej/pary			
6.	sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika)			
7.	sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika)			
		łącznie cena jednostkowa:		łącznie wartość świadczeń:

III. Oświadczam(-my), że:

- 1) proponowane zadanie – przedmiot konkursu mieści się w zakresie działalności statutowej podmiotu, a wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 2) będę udzielał świadczeń zgodnych z przedmiotem ogłoszenia finansowanych przez Gminę Sucha Beskidzka, tym pacjentom, których świadczeń nie finansuje jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach posiadanej przeze mnie umowy z NFZ.
- 3) posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,
- 4) zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia konkursowego, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.
- 5) wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb postępowania konkursowego.

.....
*Imię i nazwisko, podpis osoby/osób uprawnionej/nych
do reprezentacji Oferenta, pieczęć Oferenta*

Załączniki do formularza ofertowego :

- 1) miejsce wykonywania świadczeń – załącznik nr 1 do oferty,
- 2) kwalifikacje zawodowe personelu – załącznik nr 2 do oferty,

Dodatkowo wraz z formularzem ofertowym należy złożyć:

- kopię aktualnego statutu, bądź innego dokumentu określającego status formalnoprawny podmiotu,
- kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu wymienionego w załączniku nr 2 do oferty,
- pełnomocnictwo (w przypadku podpisania oferty i wszelkich dokumentów przez osobę nie wymienioną we właściwych rejestrach jako upoważnioną do reprezentowania Oferenta).

Oferta składa się z: formularza ofertowego wraz z załącznikami (nr 1 i 2) oraz pozostałych niezbędnych dokumentów, które stanowią integralną część oferty.

Wszystkie dokumenty – kserokopie stanowiące załączniki do oferty muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania podmiotu leczniczego – Oferenta.

Wszystkie strony formularza ofertowego wraz z załącznikami oraz pozostałe załączniki do oferty (wymagane dokumenty) muszą być kolejno ponumerowane (od pierwszej strony oferty do ostatniej strony załącznika) i zaparafowane przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania podmiotu leczniczego – Oferenta.

Załącznik Nr 1 do Oferty

Miejsce wykonywania świadczeń

1. Adres Miejsca Wykonywania świadczeń:

.....

.....

2. Harmonogram Pracy

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

Załącznik nr 2 do oferty

Kwalifikacje zawodowe personelu

[illegible]