

.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
(miejsowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

**Dotyczący realizacji programu zdrowotnego pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych oraz dzieci i młodzieży z wadami postawy z terenu Gminy Miasta Pszów” w 2012 roku. Zadanie 2**

### *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 zadaniach***

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

--

2. Miejsce realizacji programów (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	Zadanie w ramach programu/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 programów wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa formy działań rehabilitacyjnych	Opis planowanych działań	Liczba odbiorców
	Grupowe Zajęcia Korekcyjne		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			

10. Zakładane rezultaty programów:

--

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

--

**III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.**

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj świadczenia</b>	<b>Cena jednostkowa świadczenia</b>	<b>Ilość osób korzystających ze świadczeń</b>	<b>Wartość brutto w PLN</b>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
Koszt całkowity realizacji zadań (kwota brutto w zł) słownie:				

**IV. Informacje dodatkowe.**

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

**V. Informacja o prowadzonej działalności za 2011 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 Burmistrza Miasta Pszów w sprawie szczegółowych warunków konkursu ofert,
2. zapoznał(am) 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 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 poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.