

.....  
.....  
(Pieczęć oferenta)  
(Miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY**

**na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą "Program profilaktyki  
schorzeń narządu ruchu dzieci, młodzieży  
i dorosłych w Gminie Zawonia" w 2018 roku**

Dane oferenta (pełna nazwa):

.....  
.....

Adres (wraz z kodem pocztowym):

.....  
.....

Tel. .... fax.:

e-mail: .....

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:

.....

NIP .....

REGON .....

Nazwa banku .....

Nr konta .....

Kierownik placówki: (Nazwisko i imię, nr telefonu): .....

.....

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego  
imieniu:

.....  
.....  
.....  
.....

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, nr telefonu)

.....  
.....

I. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

Opis warunków lokalowych, w których będzie realizowane zadanie oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny,

II. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne

Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych

III. Koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego dorosłego uczestnika Programu: brutto ..... zł (słownie złotych: .....).

Szacunkowa ilość osób dorosłych .....

Łączna wartość szacunkowa świadczeń dla dorosłych uczestników Programu: brutto ..... zł (słownie złotych: .....).

Koszt indywidualnej gimnastyki korekcyjnej u osoby niepełnoletniej wraz z zabiegami fizykalnymi (pełny cykl fizjoterapii 10 dni x maksymalnie 3 zabiegi): brutto ..... zł (słownie złotych: .....).

Szacunkowa ilość osób niepełnoletnich .....

Łączna wartość szacunkowa świadczeń dla osób niepełnoletnich brutto: ..... zł (słownie złotych: .....).

Łączna wartość szacunkowa w 2018 r. świadczeń u osób dorosłych i niepełnoletnich: brutto ..... zł (słownie złotych: .....).

IV. Sposób organizacji akcji informacyjnej dla mieszkańców:

.....

.....

.....

V. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:

Miejsce/a udzielania świadczeń (dokładny adres)

.....

.....

Terminy udzielania świadczeń:

.....

Sposób rejestracji pacjentów:

Osobiście (adres, godziny)

.....

Telefonicznie (numer, godziny)

.....

Sposób zawiadamiania o konieczności zgłaszania się:

.....

.....

.....

VI. Opis doświadczenia w realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie wskazanym w Programie .....

.....

.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą "Program profilaktyki schorzeń narządu ruchu dzieci, młodzieży i dorosłych w Gminie Zawonia" w 2018 roku oraz Uchwałą Nr XXXVIII/232/2017 Rady Gminy Zawonia z dnia 28 września 2017 r. sprawie przyjęcia w Gminie Zawonia programu-polityki zdrowotnej pod nazwą: "Program profilaktyki schorzeń narządu ruchu dzieci, młodzieży i dorosłych w Gminie Zawonia.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć:

- 1) Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- 2) Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego
- 3) Zaświadczenie o nr NIP
- 4) Zaświadczenie REGON
- 5) Oświadczenie oferenta o nierfundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielonych w programie świadczeń zdrowotnych
- 6) Kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.