**Załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursu dla podmiotów leczniczych na wybór realizatorów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie terapii uzależnień w roku 2017**

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

*Pieczątka Oferenta Data i miejsce złożenia oferty*

1. **Dane o Oferencie:**
2. Pełna nazwa Oferenta.......................................................................................................................................................
.......................................................................................................................................................
3. Adres wraz z kodem pocztowym

…………………………………………………………………………………………………….…….….

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez właściwego wojewodę ....................................................................................................................
2. Data i numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru .......................................................................................................................................................
3. NIP ............................................................
4. REGON .............................................................
5. Czy placówka jest płatnikiem podatku VAT……………………………………….………………
6. Kierownik podmiotu ........................................................................................................................

*(imię i nazwisko, nr telefonu)*

1. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania .......................................................................................................................................................

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

1. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania .......................................................................................................................................................

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

1. Nazwa banku i numer rachunku ......................................................................................................................................................

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

1. Termin realizacji: ……………………………………………………………………….……………….
2. Numer fax ……………………………………………………………………………...………………..
3. **Wartość oferty**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj czynności** | **Jednostka****rozliczeniowa - punkt** | **Proponowana cena za usługę** | **Proponowana cena za wynagrodzenie Specjalistów**  | **Suma** |
| 1. | porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna) | 5 |  |  |  |
| 2. | sesja psychoterapii indywidualnej | 5 |  |  |  |
| 3. | sesja psychoterapii rodzinnej/pary | 5 |  |  |  |
| 4. | sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika) | 5 |  |  |  |
| 5. | sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika) | 5 |  |  |  |
| **OGÓŁEM:** | 25 |  |  |  |

Uwagi dodatkowe:

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

1. **Oświadczam(-my), że:**
2. 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,
3. będę udzielał świadczeń zgodnych z przedmiotem ogłoszenia finansowanych przez Gminę Kwidzyntym pacjentom, których świadczeń nie finansuje jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach posiadanej przeze mnie umowy z NFZ (dotyczy to także innych podmiotów),
4. posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,
5. zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia konkursowego, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy,
6. posiadam wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z kodem resortowym komórki/ek organizacyjnej/ych wskazanej/ych w ogłoszeniu,
7. wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb postępowania konkursowego, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz.U. z 2016r. poz. 922).

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

*pieczęć Oferenta oraz podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji*

**IV. Realizacja programów terapeutycznych (nazwa programu oraz krótki opis):**

1. ……………………………………………………………………………….
2. ……………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………….

**V. Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych:**

1. poradnia usytuowana na parterze lub w przyziemiu budynku (posiada podjazdy)[[1]](#footnote-2),
2. poradnia usytuowana powyżej parteru (pierwszej kondygnacji) posiada dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd osób niepełnosprawnych.

**Załączniki do formularza ofertowego (dla każdej lokalizacji wskazanej przez oferenta):**

1. zakres oraz miejsce wykonywania świadczeń – załącznik nr 1 do oferty,
2. harmonogram pracy personelu– załącznik nr 2 do oferty,
3. kwalifikacje zawodowe personelu – załącznik nr 3 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 3 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, 2 i 3) 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* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zakres oraz miejsce wykonywania świadczeń** **(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)** |  |  |  |  |
|  |  |  | ***Harmonogram pracy komórki (godziny od…..do….)*** |
| **Kod komórki organiza-cyjnej** | **Nazwa komórki organizacyjnej** | **Adres komórki organizacyjnej - miejsce udzielania świadczeń** | **poniedziałek**  | **wtorek** | **środa** | **czwartek** | **piątek** | **sobota** |
| *\*1744* | *\*poradnia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia* |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\*- przykład* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Załącznik nr 2 do oferty*  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Harmonogram pracy personelu(w godzinach od….do…..)(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwisko** | **Imię** | **PESEL** | **Dostępność godzinowa tygodniowo** | **pn (godz)** | **wt (godz)** | **śr (godz)** | **czw (godz)** | **pt (godz)** | **sob (godz)** |
|   |  Nowak\* | Jan |  11111111111 |  psycholog - 9 |   |   |   |   |   |   |
|   |  Nowak\* |  Jan |  11111111111 |  psychoterapeuta - 3 |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

*\* przykład –* w przypadku złożenia do oferty lekarza psychiatry posiadającego więcej niż 1 kwalifikacje (np. lekarz specjalista psychiatra oraz certyfikowany psychoterapeuta) należy rozdzielić jego tygodniowy czas pracy pomiędzy wskazane kwalifikacje. Podział ten jest konieczny ze względu na kryteria oceny oferty.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Załącznik nr 3 do oferty* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Kwalifikacje zawodowe personelu** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Imię** |  **Nazwisko** | **PESEL** | **Kwalifikacje** | **Uwagi** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

1. Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych . [↑](#footnote-ref-2)