

## FORMULARZ OFERTOWY

.....  
Pieczęćka Oferenta.....  
Data i miejsce złożenia oferty**I. Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta .....
2. Adres siedziby Oferenta .....
3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez właściwego wojewodę .....
4. Data i numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru .....
5. NIP .....
6. REGON .....
7. Czy placówka jest płatnikiem podatku VAT .....
8. Kierownik podmiotu .....
- (imię i nazwisko, nr telefonu)*
9. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania .....
- (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*
10. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania .....
- (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*
11. Nazwa banku i numer rachunku .....
12. Termin realizacji i miejsce realizacji: .....
13. Cele statutowe, przedmiot działalności statutowej .....



2. Rzeczowe (z opisem stanu i podaniem wartości):

.....  
.....

5. Osoby korzystające z usług (liczba i charakterystyka ze względu na istotne dla zadania cechy, np. wiek, płeć, miejsce zamieszkania):

.....  
.....

6. Zakładane rezultaty realizacji zadania:

.....  
.....

7. Partnerzy w realizacji zadania (np. organy administracji publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia)

.....  
.....

8. Informacja o dotychczasowym doświadczeniu w realizacji zadania, którego dot. oferta lub zadania podobnego typu:

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

### III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

Całkowity koszt (w zł) .....

w tym:

- wnioskowana wielkość środków finansowych (w zł) - .....
- wielkość środków własnych (w zł) - .....
- wielkość środków pozyskanych z innych źródeł - .....

### IV. Inne wybrane informacje dot. zadania\*

1. Adresaci działań przy realizacji zadania- należy oznaczyć znakiem X **nie więcej niż 3** najważniejsze grupy adresatów działań:

Osoby współzależnione,

- Osoby bezrobotne,
- Osoby i rodziny wymagające interwencji kryzysowej,
- Ofiary przemocy w rodzinie,
- Młodzież z rodzin mających trudności w wypełnieniu swoich zadań,
- Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków,
- Inne.

2. Typy działań – należy oznaczyć X **nie więcej niż 3** najważniejsze typy działań przy realizacji zadania:

- Pomoc w zakresie poradnictwa i informacji,
- Psychoterapia indywidualna lub grupowa,
- Porada lub wizyta terapeutyczna,

- Programy psychoedukacyjne dla osób uzależnionych lub współuzależnionych,
- Szkolenia kadry,
- Inne.

3. Liczbowe określenie skali działań przy realizacji zadania (prosimy użyć miar adekwatnych do typu zadania, np. liczba osób uzależnionych objętych psychoterapią, liczba rodzin objętych psychoterapią, liczba porad udzielona tygodniowo):

.....

.....

.....

4. Ogólna liczba osób pracujących przy realizacji zadania ....., w przeliczeniu na pełne etaty....., w tym wolontariusze....., w przeliczeniu na pełny etat .....

5. Opis bazy lokalowej

1. Rodzaj obiektu

.....

.....

2. Powierzchnia użytkowa w m.....

3. Stan prawny nieruchomości/ warunki dzierżawy .....

.....

.....

5. Stan techniczny i wyposażenie obiektu istotne z punktu widzenia realizacji zadania:

.....

.....

.....

6. Godziny otwarcia placówki w tygodniu.....

## V. Kosztorys ze względu na typ kosztów zadania (w zł)

Lp.	Rodzaj kosztów (wydatków) i sposób ich kalkulacji	Koszt (w zł)	W tym wydatki z wnioskowanych środków finansowych (w zł)	W tym ze środków własnych (w zł)*
1.	Porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna)			
2.	Sesja psychoterapii indywidualnej			
3.	Sesja psychoterapii rodzinnej/pary			
4.	Sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika)			
5.	Sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika)			
Ogółem				

## VI. Kosztorys ze względu na źródło finansowania zadania

Źródło	Kwota (w zł)	Udział środków w %
Wnioskowana kwota środków finansowych		
Posiadane środki własne (na jakich zasadach przyznano)		
Inne źródła finansowania (określić na jakiej podstawie przyznano bądź zapewniono środki): 1. publiczne- wymienić 2. niepubliczne- wymienić		
<b>Ogółem:</b>		<b>100%</b>

## VII. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

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

## VIII. Pozafinansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):

.....  
.....

## IX. Dodatkowe uwagi lub informacje:

.....  
.....

## X. Oświadczam/ my, że:

- 1) Proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności statutowej naszej organizacji podmiotu/\*jednostki organizacyjnej/\*
- 2) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert dla podmiotów leczniczych na wybór realizatorów świadczeń opieki zdrowotnej

## XI. Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących (ważny 6 miesięcy od daty uzyskania).

2. Statut uprawnionego.

3. ....

4. ....

.....  
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń  
w imieniu podmiotu uprawnionego)