

## FORMULARZ OFERTOWY

**dot. udzielenia mieszkańcom Białogardu świadczeń gwarantowanych zdrowotnych z zakresu terapii (leczenia) uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**

### ***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 właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

*\* zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974, 1079 i 2280) i § 17 i 18 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. poz. 605).*

4. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

5. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

## **II. Informacje o planowanej realizacji zadań**

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

--

2. Miejsce realizacji planowanych zadań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

--

3. Warunki lokalowe (liczba pomieszczeń do psychoterapii indywidualnej i grupowej, gabinet lekarski, rejestracja i in.):

--

4. Wyposażenie (sprzęt i urządzenia):

--

5. Określenie składu i kwalifikacji osób realizujących planowane zadania:

Lp.	Imię i Nazwisko	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Forma współpracy z Oferentem	udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań
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 planowanych zadań wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa zadania	1. Opis planowanych działań, w tym pracy terapeutycznej 2. (rodzaju świadczeń)	Liczba odbiorców
1.	<b>Zadanie nr 1</b> Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od narkotyków i politoksykomanów, będących na podstawowym cyklu leczenia.		
2.	<b>Zadanie nr 2</b> Świadczenia psychoterapii dla kobiet uzależnionych od alkoholu.		
3.	<b>Zadanie nr 3</b> Świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych i zagrożonych przemocą		

4.	<b>Zadanie nr 4</b> Działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu, obejmującego zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu.		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			

10. Zakładane rezultaty:

11. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów planowanych do realizacji zadań (metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

12. Liczba godzin poszczególnych świadczeń w ramach planowanych do realizacji zadań:

Lp .	Rodzaj świadczeń	Zadanie nr .....	Całkowita liczba godzin danego świadczenia
1	2	3	9
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10			
.			
	RAZEM – liczba godzin w ramach planowanych do realizacji zadań		

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

Lp.	Rodzaj świadczenia	Liczba godzin danego świadczenia	Taryfa świadczenia brutto w PLN <sup>2</sup>	Wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Koszt całkowity realizacji zadań (kwota brutto w zł)				
słownie:				

**IV. Informacje dodatkowe.**

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji zadań/świadczeń/programów profilaktyki uzależnień (rodzaje zadań/świadczeń/programów , termin realizacji, zleceniodawca programu)	
----	---	--

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Białogardu dot. konkursu ofert na udzielanie mieszkańcom Białogardu świadczeń gwarantowanych z zakresu terapii (leczenia) uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
2. Zapoznał się z ramowym wzorem umowy 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.

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób  
upoważnionych  
do reprezentowania oferenta i składania  
oświadczeń woli

---

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. kopię zaświadczenia (wydruk/ odpis) o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022, poz. 633, 655, 974, 1079 i 2280) oraz w oparciu o § 17 i 18 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. poz. 605).
2. **Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego kopię statutu jednostki lub innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, (np. kopię umowy spółki),**
3. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
4. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach realizacji zadań będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert, nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

**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 poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.