Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 386/2024

Burmistrza Gminy i Miasta Miechów z dnia 5.12.2024 r.

**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. NIP ............................................................
3. REGON .............................................................
4. Kierownik podmiotu

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

*(imię i nazwisko, nr telefonu)*

1. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania ................................................................................................................................................. *(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*
2. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania .................................................................................................................................................

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

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

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

1. Termin realizacji: ……………………………………………………………………….……………………..
2. **Wartość oferty brutto:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc** | **Liczba godzin funkcjonowania poradni w danym miesiącu\*** | **Wycena za godzinę** | **Kwota ogółem** |
| **Luty** |  |  |  |
| **Marzec** |  |  |  |
| **Kwiecień** |  |  |  |
| **Maj** |  |  |  |
| **Czerwiec** |  |  |  |
| **Lipiec** |  |  |  |
| **Sierpień** |  |  |  |
| **Wrzesień** |  |  |  |
| **Październik** |  |  |  |
| **Listopad** |  |  |  |
| **Grudzień** |  |  |  |
| **RAZEM:** | | |  |

\*Liczba godzin funkcjonowania poradni – w kolumnie należy wpisać liczbę godzin funkcjonowania poradni w danym miesiącu uwzględniając pracę terapeutów w wymiarze minimum 30 godzin miesięcznie, lekarza specjalisty w wymiarze 4 godzin miesięcznie praz pielęgniarki w wymiarze   
4 godzin miesięcznie. Dopuszcza się pracę terapeutów, lekarza i pielęgniarki w tym samym czasie.

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 Miechów tym pacjentom, których świadczeń nie finansuje jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach posiadanej przeze mnie umowy z NFZ
4. posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,
5. zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia konkursowego oraz warunki konkursu ofert,
6. posiadam wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

*...............................................................................................................*

*Imię i nazwisko, podpis osoby/osób uprawnionej/nych do reprezentacji Oferenta, pieczęć Oferenta*

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

1. ……………………………………………………………………………….
2. ……………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………….
4. ………………………………………………………………………………

**Załączniki do formularza ofertowego**

1. harmonogram pracy oraz miejsce wykonywania świadczeń – załącznik nr 1 do oferty,
2. kwalifikacje zawodowe personelu – załącznik nr 2 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 2 do oferty.

**Oferta składa się z: formularza ofertowego wraz z załącznikami (nr 1 i 2) 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* | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |  |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | ***Harmonogram pracy (godziny od…..do….)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **nazwa poradni** | | | | **adres poradni - miejsce udzielania świadczeń** | | | | | **poniedziałek** | | | | | **wtorek** | **środa** | | | **czwartek** | **piątek** | **sobota** | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | | |  |  |  | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | | |  |  |  | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | | |  |  |  | | | |

*Załącznik nr 2 do oferty*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  | |  |
| **lp.** | **imię** | **nazwisko** | | **kwalifikacje** |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |