

.....
(pieczęć oferenta)**FORMULARZ OFERTOWY****- Programu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu - ponadpodstawowy w roku 2016**

| | |
|---|--|
| Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą (wg rejestru Wojewody, rejestru właściwej Izby) | |
| Adres | |
| Tel. | |
| Fax | |
| NIP | |
| Nazwa banku | |
| Nr konta | |
| Imię i nazwisko dyrektora | |
| Osoba odpowiedzialna za realizację programu | |
| Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu | |
| Adres gdzie planuje się realizację programu | |
| Do formularza ofertowego należy dołączyć załączniku w zależności od statusu oferenta | <ul style="list-style-type: none"> - Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu I ksiąg rejestrowej oraz tego fragmentu, który dotyczy realizacji przedmiotu konkursu ofert; natomiast pełen wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku praktyk zawodowych. - Aktualny odpis Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości). - W przypadku oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej - kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności. - Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień - stosowne upoważnienia udzielone tym organom. |

.....
miejscowość i data.....
podpis oferenta

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA CENOWA NA WYKONANIE USŁUGI

Oferujemy wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie następującego programu :

Programu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu-ponadpodstawowy realizowany w roku 2016
w łącznej ilości godzin ilości i rodzaju świadczeń

Koszt całkowity programu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu - ponadpodstawowy
..... zł słownie:.....(brutto) zł

Przedstawiona cena będzie podlegała ocenie zgodnie z ustaleniami zawartymi w szczegółowych warunkach udzielenia zamówienia.

Dnia.....

.....
podpis oferenta

(pieczęć oferenta)

KALKULACJA SZCZEGÓŁOWA

- Programu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu - ponadpodstawowy

| | DANE ORGANIZACYJNE | X | X |
|-----|---|--|--|
| I | Opis poszczególnych działań w programie 1. 2. 3. 4. 5. itd. | liczba godzin | liczba uczestników |
| II | Termin realizacji Programu | | |
| | DANE FINANSOWE | X | X |
| III | Koszty ogółem | | |
| 1 | Wynagrodzenia brutto osób pracujących na rzecz programu: a) b) c) | | |
| | RAZEM KOSZTY OSOBOWE | | |
| 2 | Koszty pozostałe: a) b) c) | | |
| | RAZEM KOSZTY POZOSTAŁE | | |
| IV | Łączny koszt realizacji programu w tym: Koszt realizacji rodzaju świadczeń Nr 1. 2. 3. 4. 5. itd. | | |

.....
podpis oferent

.....
(pieczęć oferenta)

KWALIFIKACJE KADRY REALIZUJĄCEJ PROGRAM

| Lp. | Imię i nazwisko koordynatora programu oraz innych osób realizujących program | Posiadane specjalizacje, ukończone kursy i szkolenia oraz posiadane certyfikaty | Wykonywane w programie zadanie |
|-----|--|---|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Adres bazy lokalowej do realizacji programu z opisem warunków lokalowych pomieszczeń:

Metody realizacji:

Proponowane terminy rozpoczęcia i zakończenia realizacji świadczeń

Określenie sposobu zgłaszania się i rejestracji pacjentów

.....
miejscowość i data

.....
podpis oferenta

.....
(pieczęć oferenta)

Organizacja udzielania oferowanych Świadczeń

| Data | Godziny realizacji świadczeń |
|------|------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

.....
miejscowość i data

.....
podpis oferenta

.....
(pieczęć oferenta)

OŚWIADCZENIE NR 1

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert ogłoszonymi przez Prezydenta Miasta Sieradza na wybór realizatora:

-Programu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu - ponadpodstawowy,
w roku 2016

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis oferenta)

.....
(pieczęć oferenta)

OŚWIADCZENIE NR 2

Niniejszym oświadczam, że:

- posiadam odpowiednie uprawnienia niezbędne do wykonania prac określonych w *szczegółowych warunkach konkursu ofert*,
- dysponuje niezbędną wiedzą, doświadczeniem, potencjałem ekonomicznym i technicznym, a także pracownikami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- *przygotuję opis zadania z uwzględnieniem:*
 - celu zadania,
 - szczegółowego opisu zadania,
 - charakterystyki populacji dla której program będzie realizowany,
- zapewnia przeprowadzenie zajęć osób uzależnionych (w grupach 8-10 osobowych) lub zajęć indywidualnych,
- zabezpieczę bazę lokalową do realizacji programu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- zabezpieczę dostępność realizacji programu wg załączonego harmonogramu,
- zabezpieczę udokumentowanie prowadzonych zajęć wraz z listami obecności uczestników programu a dokumentację zabezpieczyć i archiwizować zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- przygotuję kampanię informacyjno – edukacyjną na rzecz promocji programu,
- przygotuję sprawozdanie merytoryczne i finansowe z przebiegu programu wraz z wnioskami

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis oferenta)

.....
(pieczęć oferenta)

OŚWIADCZENIE NR 3

Niniejszym oświadczam, że zapewnię personel medyczny z odpowiednimi wymaganiami kwalifikacyjnymi do realizacji programu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki na uzależnionych od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi.

Ponadto oświadczam, że wykazany personel medyczny będzie udzielał świadczeń w ramach Programu, w godzinach niepokrywających się z godzinami pracy w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis oferenta)

.....
(pieczęć oferenta)

OŚWIADCZENIE NR 4

Niniejszym oświadczam, że przygotuję opis przebiegu programu z wynikami i wnioskami:

- ocena merytoryczna programu.
- czas realizacji programu.
- charakterystyka populacji objętej programem.
- liczba osób biorących udział w programie.
- wyniki z realizacji programu.
- wnioski z realizacji programu.
- rozliczenie finansowe programu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis oferenta)

.....
(pieczęć oferenta)

OŚWIADCZENIE NR 5

Zobowiązuję się do niewykorzystywania świadczeń realizowanych w zakresie niżej wybranego programu lub programów:

- Programu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu – ponadpodstawowy,
w ramach umowy podpisanej z Urzędem Miasta w Sieradzu w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis oferenta)

.....
(pieczęć oferenta)

OŚWIADCZENIE NR 6

Niniejszym oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji *Programu psychoterapii osób uzależnionych do alkoholu - ponadpodstawowy*.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis oferenta)