Załącznik Nr 2 do zarządzenia 170/2021 Burmistrza Wolina z dnia 23 grudnia 2021 r.

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

pieczątka firmowa oferenta data sporządzenia oferty

**FORMULARZ OFERTOWY**

**świadczenie opieki zdrowotnej w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w zakresie terapii uzależnień od alkoholu i innych substancji na 2022 rok.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp.  | Pytanie do oferenta  | Odpowiedź oferenta  |

1. **Dane o oferencie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1  | Pełna nazwa podmiotu leczniczego  |   |
| 2  | Adres wraz z kodem pocztowym  |   |
| 3  | Nazwa podmiotu, który utworzył podmiot  |   |
| 4  | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  |   |
| 5  | NIP  |   |
| 6  | Regon  |   |
| 7  | Statut zakładu opieki zdrowotnej lub inny akt  |   |
| 8  | Kierownik zakładu /imię i nazwisko, nr tel. fax./  |   |
| 9  | Imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu  |   |
| 10  | Osoba odpowiedzialna za realizację programu/ imię i nazwisko /imię i nazwisko, nr tel., fax/  |   |
| 11  | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu /imię i nazwisko, nr tel., fax/  |   |
| 12  | Konto bankowe /bank i numer/  |   |
| 13 | Informacje dodatkowe: dotychczasowa działalność, dostępność do innych usług ,itp. |  |

1. **Informacje o personelu realizującym terapię**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp.  |  Imię i Nazwisko  | Zawód i posiadane stopnie specjalizacji  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

1. **Plan rzeczowy i finansowy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj świadczenia/ programu/ konsultacji | Liczba godzin (rocznie) i stawka brutto za godzinę |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|  Lp. |  Inne koszty | opis |
|  |  |  |
|  |  |   |
|   |   |   |
|  |  |  |
|   |  Całkowity koszt zadania |   |

\* **do oferty należy dołączyć wymagane w formularzu oferty kserokopie dokumentów potwierdzonych ''za zgodność z oryginałem''.**

**IV Oświadczam(-my), że:**

1) 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,

2) będę udzielał świadczeń zgodnych z przedmiotem ogłoszenia finansowanych przez Gminę Wolin tym pacjentom, których świadczeń nie finansuje jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach posiadanej przeze mnie umowy z NFZ (dotyczy to także innych podmiotów),

3) posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,

4) zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia konkursowego, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.

5) posiadam wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z kodem resortowym komórki/ek organizacyjnej/ych wskazanej/ych w ogłoszeniu,

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

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

**Załącznik do oferty**

**PORADNIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I WSPÓŁUZALEŻNIENIA
 Wolin ul. Prosta 1**

**Tygodniowy harmonogram pracy placówki w ………….. roku.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIEŃ TYGODNIA** | **GODZINY** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA** |
| PONIEDZIAŁEK |  |  |
| WTOREK |  |  |
| ŚRODA |  |  |
| CZWARTEK |  |  |
| PIĄTEK |  |  |
| SOBOTA |  |  |

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

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