

Załącznik Nr 2 do zarządzenia
208/22 Burmistrza Wolina z
dnia 13 grudnia 2022 r.

.....
pieczętka firmowa oferenta

.....
data sporządzenia oferty

FORMULARZ OFERTOWY

świadczenie opieki zdrowotnej w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na lata 2022 – 2024 w zakresie terapii uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na 2023 rok.

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta
I. Dane o ofercie		
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.	
----	---	--

II. Informacje o personelu realizującym terapię

Lp.	Imię i Nazwisko	Zawód i posiadane stopnie specjalizacji

III. 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,

6) zapoznałem się z treścią informacji Administratora, dotyczącej przetwarzania danych osobowych, zgodnej z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....

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

