**Załącznik nr 1**

**do ogłoszenia o konkursie dla podmiotów leczniczych na wybór realizatorów świadczeń terapii uzależnień w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2024**

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

 *Pieczątka Oferenta* *Data i miejsce*

1. **Dane o Oferencie:**
2. Pełna nazwa Oferenta ..............................................................................................................................................

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

Adres wraz z kodem pocztowym

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

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

1. Data i numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru

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

1. NIP ............................................................
2. REGON .............................................................
3. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania

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

1. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania

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

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

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

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

1. **Wartość oferty**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj czynności** | **Cena jednostkowa****brutto** | **Proponowana ilość świadczeń** | **Wartość****świadczeń** |
| 1. | porada lub wizyta diagnostyczna |  |  |  |
| 2. | porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna) |  |  |  |
| 3. | sesja psychoterapii indywidualnej |  |  |  |
| 4. | sesja psychoterapii rodzinnej/pary |  |  |  |
| 6. | sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika) |  |  |  |
| 7. | sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika) |  |  |  |
|  |  | **Łączna cena jednostkowa:** |  | **Łączna wartość świadczeń:** |

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 Stryszawa, 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, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.
6. wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb postępowania konkursowego.

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

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

**Załączniki do formularza ofertowego :**

1. 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,
* pełnomocnictwo (w przypadku podpisania oferty i wszelkich dokumentów przez osobę nie wymienioną we właściwych rejestrach jako upoważnioną do reprezentowania Oferenta).

**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

**Miejsce wykonywania świadczeń**

1. Adres Miejsca Wykonywania świadczeń:

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

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

2. Harmonogram Pracy w okresie realizacji od 15.03.2023 r. do 15.12.2023 r.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Poniedziałek  | Wtorek  | Środa  | Czwartek | Piątek  |
|  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 2 do oferty*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe personelu**  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **lp.** | **imię** |  **nazwisko** | **pesel** | **nr prawa wykonywania zawodu** | **kwalifikacje** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |