Załącznik do ogłoszenia otwartego konkursu ofert

na realizację Programu polityki zdrowotnej

w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców

Gminy Zarszyn w roku 2018

**Oferta (WZÓR)**

Na realizację **„Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Zarszyn w roku 2018”.**

1. Oferent (pełna nazwa):

……………………………………………………………………………………………….

1. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, numer telefonu i faksu oferenta:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Numery wpisów do: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej – wypisy
z rejestrów w załączeniu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresu lokalu na terenie Gminy Zarszyn, gdzie wykonywane będą świadczenia, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu zdrowotnego objętego ofertą wraz z oświadczeniem, że aparatura i sprzęt do realizacji programu zdrowotnego objętego ofertą spełniają wymogi określone
w ogłoszeniu konkursowym.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane świadczenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proponowana **zryczałtowana kwota brutto ……………… zł za 1 punkt udzielonych świadczeń** wskazanych w katalogu świadczeń określonych w ogłoszeniu konkursowym.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację Programu opublikowanego w dniu 22.03.2018r.zgodnie z Zarządzeniem
 569 Wójta Gminy Zarszyn w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert
na realizację Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Zarszyn w 2018r.
3. Oświadczam, że świadczenia finansowane z budżetu nie będą/będą\* finansowane również z innych źródeł i nie będą/będą\* wchodzić w kolizję ze świadczeniami finansowymi z Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
5. Realizacja programu zdrowotnego rozpocznie się w ciągu 7 dni od daty zawarcia umowy i zakończy się **do dnia 31 grudnia 2018r.**

……………………………………… …………………………………………

 (miejscowość, data) imię, nazwisko i podpis oferenta

 lub osoby (osób) występującej (ych)

 w imieniu oferenta

**Uwaga!**

**Oferta powinna być podpisana na każdej stronie przez oferenta
lub osobę(osoby) uprawnioną(e) do reprezentowania oferenta wskazaną(e) w wypisie z rejestru.**

**\*- niewłaściwe skreślić**

**Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:**

1. kopia zaświadczenia NIP
2. kopia zaświadczenia REGON

3. statut oferenta lub regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą;

4 . dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej ważny na cały okres realizacji zadania;

5 . oświadczenie dotyczące dysponowania specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych określonych w ogłoszeniu konkursowym, udokumentowane dyplomami, certyfikatami itp.;

6. oświadczenie dotyczące dysponowania specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną
do realizacji programu zdrowotnego (*potwierdzone odpowiednimi dokumentami*).