Załącznik nr 1

do ogłoszenia o konkursie  
stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia

**FORMULARZ OFERTOWY**na realizację zadania: **„zakup** **gwarantowanych usług zdrowotnych na rzecz mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim chorych onkologicznie i członków ich rodzin z zakresu terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia” – zadanie nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (pieczęć oferenta) | | Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia) | | | | | |
| I**. DANE OFERENTA** | | | | | | | |
| **Pełna nazwa oferenta** | |  | | | | | |
| **Adres siedziby oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) | |  | | | | | |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu)** | |  | | | | | |
| **Nr NIP oferenta** | |  | | | | | |
| **Nr REGON oferenta** | |  | | | | | |
| **Telefon kontaktowy**  **i adres e-mail** | |  | | | | | |
| **Nazwa banku i numer konta bankowego** | |  | | | | | |
| **Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu** | |  | | | | | |
| **Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty** | |  | | | | | |
| **II. Opis działań promocyjnych, które będą podejmowane w ramach zadania** | |  | | | | | |
| **III. Kwalifikacje osób realizujących gwarantowane świadczenia zdrowotne z zakresu terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (zgodne z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013r. poz. 1386 ze zm.):** | | | | | | | |
| Imię i nazwisko, tytuł zawodowy | | | Data od kiedy osoba udziela u oferenta świadczeń będących przedmiotem konkursu wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa, itp.) | | | Posiadane specjalizacje i certyfikaty | |
| **1.** | | |  | | |  | |
| **2.** | | |  | | |  | |
| **3.** | | |  | | |  | |
| **4.** | | |  | | |  | |
| **5.** | | |  | | |  | |
| **6.** | | |  | | |  | |
| **IV. Informacje o warunkach lokalowych wykorzystywanych do realizacji świadczeń zdrowotnych:** | | | | | | | |
| 1. Warunki lokalowe zgodne z przepisami obowiązującymi w tym zakresie | | | | | |  | |
| **V. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:** | | | | | | | |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres, nr tel./fax) | | | | | |  | |
| 1. Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń | | | | | |  | |
| 1. Termin realizacji świadczeń | | | | | |  | |
| 1. Sposób rejestracji | | | | | |  | |
| **VI. Kalkulacja realizacji zadania:** | | | | | | | |
| L.p. | Rodzaj gwarantowanych świadczeń zdrowotnych zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca listopada 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia finansowanych z budżetu Gminy Żary o statusie miejskim | | | Ilość godzin | \* Cena brutto za 1 godzinę w zł | | Kwota brutto ogółem w zł  (tj. ilość godzin x cena brutto za 1 godzinę) |
| **Osoby uzależnione od alkoholu** | | | | | | | |
| 1 | Sesja psychoterapii indywidualnej – **maksymalnie 40 godzin w roku** | | |  |  | |  |
| **Osoby współuzależnione** | | | | | | | |
| 2 | Sesja psychoterapii indywidualnej – **maksymalnie 120 godzin w roku** | | |  |  | |  |
| Koszt całkowity gwarantowanych świadczeń zdrowotnych brutto w zł | | | | | | |  |
| **VII. Harmonogram realizacji świadczeń gwarantowanych (odrębnie dla każdego rodzaju świadczenia)** | | | | | | | |
| **Według załącznik nr 3 do ogłoszenia o konkursie.** | | | | | | | |
| **VIII. Informacje podmiotu o dotychczasowej działalności prowadzonej w zakresie pracy z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

\*przez cenę brutto za 1 godzinę należy rozumieć wszystkie rodzaje kosztów brutto niezbędnych do realizacji danego świadczenia gwarantowanego przez 1 godzinę

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert oraz projektu umowy;
2. spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
3. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
4. osoby realizujące świadczenia posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora;
5. przez okres realizacji świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do:
6. zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
7. zabezpieczenia warunków lokalowych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonych w odrębnych przepisach,
8. udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
9. utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji świadczeń oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
10. zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).
11. w zakresie związanym z realizacją zadania publicznego, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, będę postępował zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1).

……………………………. …… ……………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątką przedstawiciela/-li oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Do oferty załączono:

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295) zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy zostały wydany.
2. Kopię odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający/-e m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji oferenta, zgodnego z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowane upoważnienia udzielone tym organom.
3. Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Decyzję w sprawie nadania numeru NIP.
5. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.

**Kopie dokumentów załączone do oferty muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty.**