

pieczęć podmiotu leczniczego

FORMULARZ OFERTOWY
na realizację świadczeń w roku 2021
w zakresie prowadzenia fizjoterapii w ramach
programu polityki zdrowotnej pod nazwą
„FIZJOTERAPIA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KAMIĘŃSK”
na lata 2020 – 2024

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa oferenta: podmiotu leczniczego

(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

2. Siedziba:

(dokładny adres zgodnie z wpisem z właściwego rejestru):

3. Tel., fax, adres e- mail:

4. Forma prawna:

5. Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych i organ prowadzący rejestr:

6. Numer wpisu do rejestru sądowego :



5. Nr NIP, Nr REGON:

6. Osoba/osoby uprawnione do podpisywania umów w ramach realizacji zadania:

(imię i nazwisko, funkcja):

7. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenia programu zdrowotnego:

(imię i nazwisko, funkcja):

8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert:

(imię i nazwisko)

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

1. Główny cel zadania

2. Miejsce realizacji programu, dokładny adres

3. Dane oferenta dotyczące warunków lokalowych oraz wyposażenia i sprzęt medyczny:



Lp.	Nazwa zabiegu	Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zadania	Sprzęt własny	Liczba jednostek
Warunki lokalowe		Liczba pomieszczeń w których realizowane będą świadczenia		

Oświadczam, iż pomieszczenia spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie poszczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.595).

(podpis osoby upoważnionej)

4. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych personelu odpowiedzialnego za realizację określonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego:

Lp.	Nazwisko i imię	Wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji zamówienia
1				
2				
3				
4				

Oświadczenie: świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadrę niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych „Programu fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamieńsk” na lata 2020 – 2024 w roku 2021.

(podpis osoby upoważnionej)

5. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych podobnego rodzaju:

6. Sposób organizacji akcji informacyjnej oraz działań edukacyjnych (rodzaj działań, liczba działań)

7. Określenie dni i godzin, w których świadczenia będą realizowane:

8. Data rozpoczęcia i zakończenia świadczeń zdrowotnych:

III. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU

1. Oferuję wykonanie świadczeń w poniższym zakresie będących przedmiotem konkursu.

2. Koszt kalkulacji zadania oceniany w ramach kryteriów oceny oferty Realizator obowiązany jest obliczyć dane wynikające z poniższej tabeli, podając koszt jednostkowy wszystkich n/w zabiegów, po ich przeliczeniu w oparciu o zakładaną ilość zabiegów podaną w tabeli. Obliczony w ten sposób koszt zabiegów stanowić będzie podstawę do badania i oceny złożonych ofert. Ceny poszczególnych zabiegów uwzględniać muszą wszystkie koszty związane z realizacją programu (koszt badania, koszt sprzętu, materiałów itp.)



Lp.	Rodzaj zabiegu	Koszt jednostkowy brutto	Zakładana ilość zabiegów	Koszt całkowity
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
RAZEM				

3. Koszty akcji informacyjnej i działań edukacyjnych: (organizacja kampanii informacji, promocja)

Jednocześnie oferent oświadcza, że

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza o konkursie ofert na wybór realizatora programu, warunkami konkursu, z treścią programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców gminy Kamięnsk” na lata 2020-2024 przyjęty Uchwałą Nr XV/146/20 Rady Miejskiej w Kamięnsku z dnia 11 lutego 2020 r. oraz projektem umowy.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym i na dzień złożenia oferty.

3. Świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu polityki zdrowotnej nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4. Nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

5. Jako podmiot będziemy ponosić wyłączną odpowiedzialność za całkowitą realizację programu.

6. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

7. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej, zobowiązuje się do:

- zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnionych do udzielania świadczeń, określonych w odpowiednich przepisach;
- zabezpieczenie dostępu do sprzętu, materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
- udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektującymi prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- posiadanie ważnej polisy OC i NNW ubezpieczenia na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych;
- zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęćka oferenta lub osoby upoważnionej)

