

Załącznik nr 2
do ogłoszenia konkursu ofert na
realizację programu polityki zdrowotnej
z dnia 9 lutego 2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2024 roku”

I. DANE OFERENTA	
Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę	
Dokładny adres Ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość	
Dane kontaktowe Telefon i/lub fax Adres e-mail	
Forma prawna	
Osoba prawna upoważniona do reprezentowania oferenta Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail	
Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)	
NIP	
REGON	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego (w przypadku podatników VAT numer bankowy powinien figurować w rejestrze VAT)	
Osoba uprawniona do kontaktów Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail	

II. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I EFEKTYWNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU			
1.	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej		
	<i>Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń</i>	<i>Odbiorcy</i>	<i>Rok realizacji</i>
2.	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań edukacyjnych z zakresu chorób układu kostno- stawowego i mięśniowego		
<i>Rok</i>	<i>Oferent zrealizował działania edukacyjne z zakresu chorób układu kostno- stawowego i mięśniowego prowadzone w ramach programów polityki zdrowotnej Proszę wpisać „tak” lub „nie”</i>	<i>Liczba godzin zrealizowanych działań</i>	<i>Rodzaj i zakres zrealizowanych działań</i>
2023			
2022			
3.	Liczba zabiegów rehabilitacyjnych, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej przeprowadzonych w okresie ostatnich 2 lat		
<i>Rok</i>	<i>Liczba zabiegów rehabilitacyjnych przeprowadzonych w ciągu roku</i>		
2023			
2022			

III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA					
1.	Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu				
<i>Lp.</i>	<i>Imię i Nazwisko</i>	<i>Tytuł lub stopień naukowy</i>	<i>Specjalizacja</i>	<i>Numer prawa wykonywania zawodu</i>	<i>Doświadczenie w leczeniu/profilaktyce/edukacji związanej z osteoporozą (podać w latach)</i>
	Edukacja zdrowotna – lekarz POZ, lekarz specjalista rehabilitacji, magister fizjoterapii				
	Kwalifikacja pacjentów do udziału w Programie – lekarz POZ, lekarz specjalista rehabilitacji				
	Konsultacja na początku i na końcu realizacji Programu – mgr fizjoterapii				
	Opracowywanie indywidualnych planów rehabilitacji – mgr fizjoterapii				
	Realizacja zabiegów rehabilitacyjnych – mgr fizjoterapii, technik fizjoterapii				
	Pielęgniarka dyplomowana, osoba odpowiedzialna za organizację i koordynację realizacji Programu po stronie realizatora				

IV. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ

1.	Dostępność do świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej w godzinach popołudniowych
	<i>Dostępność do świadczeń zdrowotnych w godzinach popołudniowych (co najmniej od godz. 15:00 do godz. 18:00) Proszę wpisać „tak” lub „nie”</i>

V. OŚWIADCZENIA OFERENTA

1.	Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
2.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej i edukacji z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
3.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny i infrastrukturę niezbędne do prawidłowej realizacji Programu. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
4.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
5.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. np. stanowiska Ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego). , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
6.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę i realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców. dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
7.	Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>

8.	<p>Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie jestem ani nie byłam(-łem) objęta(-ty) zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz karana(-ny) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
9.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
10.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
11.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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).</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
12.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapoznał się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
13.	<p>Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień składania niniejszej oferty.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>

VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

<i>Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta</i>		DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS		
2.	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG		
3.	Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
4.	Kopia polisy ubezpieczeniowej OC		
5.	Inne		

Dołączone do oferty dokumenty mogą mieć formę:

- 1) kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta;
- 2) pobranego z właściwej ewidencji elektronicznego wydruku.

DATA	PIECZĄTKA OFERENTA	PODPIS osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców