Załącznik do ogłoszenie otwartego konkursu ofert

na realizację Programu polityki zdrowotnej

w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców

Gminy Lubiszyn w roku 2017

**Oferta (WZÓR)**

Na realizację **„Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lubiszyn w roku 2017”.**

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 Lubiszyn, 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 14 września 2017r. zgodnie z Zarządzeniem   
   Nr 70/2017 Wójta Gminy Lubiszyn w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert   
   na realizację Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lubiszyn w 2017r.
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 15 grudnia 2017r.**

……………………………………… …………………………………………

(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. dokumenty rejestrowe: odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub centralnej ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony po ostatniej zmianie w oryginale lub w kopii poświadczonej za zgodność   
z oryginałem przez oferenta;

2. statut oferenta, regulamin organizacyjny podmiotu prowadzącego działalność leczniczą;

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

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

5. kopię tytułu prawnego do lokalu (na cały okres realizacji zadania), w którym prowadzony będzie program zdrowotny wraz z oświadczeniem dotyczącym spełniania wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (*Dz. U. z 2012 poz. 739*);

e) oświadczenie dotyczące dysponowania specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną   
do realizacji programu zdrowotnego wraz z informacją o stanie technicznym sprzętu (*potwierdzone odpowiednimi dokumentami*).