

WZÓR

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej
pn. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola na lata 2019-2023”
w roku 2022

Część Pierwsza

1. Dane Oferenta	
Adres (ulica, numer domu, numer lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo)	
Telefon, fax, adres e-mail	
Data i numer wpisu do właściwego rejestrów	
NIP	
Regon	
Numer rachunku bankowego	
Kierownik podmiotu (imię i nazwisko, numer tel., fax)	
Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, numer tel., fax)	
Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, numer tel., fax)	
Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, udzielanie informacji)	
2. Realizacja świadczeń	
Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres)	

Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń	
3. Kalkulacja realizacji zadania	
Cena jednostkowa brutto w zł za 1 punkt produktu rozliczeniowego (usługi): zł słownie: zł

Część Druga

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola na lata 2019-2023”;
- 2) zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola na lata 2019-2023” w roku 2022;
- 3) spełniam wszystkie wymogi zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
- 4) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
- 5) przez okres realizacji zadania, zobowiązuję się do:
 - a) zatrudniania przy realizacji świadczeń w ramach Programu osób zgłoszonych do realizacji kontraktu z NFZ,
 - b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczenia i odpowiadających wymaganiom odrębnych przepisów,
 - c) zapewnienia specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do wykonywania świadczeń zgodnych z wymaganiami odrębnych przepisów praw oraz posiadających aktualne przeglądy techniczne potwierdzone w paszportach tych urządzeń,
 - d) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - e) utrzymywania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866) przez cały okres realizacji świadczeń oraz niezmnieszania zakresu ubezpieczenia,
 - f) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą;

- 6) oferowana cena jednostkowa brutto za 1 punkt rozliczeniowy nie będzie podlegała zmianom w trakcie realizacji umowy;
- 7) okres związania ofertą wynosi 30 dni, a bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert;
- 8) w przypadku uznania niniejszej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuje się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Oferenta
i składania oświadczeń woli w jego imieniu

Część Trzecia

Załączniki do niniejszej oferty:

1. Kopia 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 2022 r. poz. 633 z późn. zm.), zgodnego ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
3. Oświadczenie oferenta, że realizacja świadczeń będzie się odbywała przez personel zgłoszony do realizacji kontraktu z NFZ
4. Statut (jeżeli podmiot go posiada).
5. Kopia aktualnej polisy zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej zgodna z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866).
6. Decyzje w sprawie nadania numeru NIP.
7. Zaświadczenie o numerze REGON.
8. Inne dokumenty:

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Oferenta
i składania oświadczeń woli w jego imieniu

