

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(miejscowość i data)

Formularz oferty

Nazwa programu, na realizację którego składana jest oferta:

Program polityki zdrowotnej Gminy Ożarów Mazowiecki przygotowujący przyszłych rodziców na przyjęcie dziecka – zajęcia w szkole rodzenia

Nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym):

.....
.....
.....

Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....
.....

Adres siedziby oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

.....
.....

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania oferenta

.....
.....

NIP :..... REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:

.....
.....

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż siedziby):

.....
.....

1) Zobowiązuję/emy się realizować program w 2017 roku obejmujący:

- a) Przekazywanie we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom programu informacji o miejscu i czasie jego realizacji w sposób zwyczajowo przyjęty przez realizatora programu,
- b) Promocję programu,

- c) Przyjmowanie zgłoszeń, informowanie o terminach zajęć,
 - d) Zapewnienie wszystkich niezbędnych materiałów i sprzętu do realizacji zadania,
 - e) Przeprowadzenie zajęć zgodnie z programem,
 - f) Prowadzenie ewidencji osób biorących udział w programie, uzyskanie niezbędnych dokumentów rekrutacyjnych,
 - g) Informowanie zainteresowanych programem przedstawicieli środków masowego przekazu o udziale Gminy Ożarów Mazowiecki w jego realizacji,
 - h) Sporządzenie i przedłożenie przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy, dokumentacji sprawozdawczej z realizacji programu, w formie pisemnej na określonych w umowie zasadach,
 - i) Przygotowanie, przeprowadzenie i przekazanie Udzielającemu zamówienia ankiet, o których mowa w programie,
 - j) Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - k) Prowadzenie stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
 - l) Zapewnienie wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń objętych programem.
- 2) Zobowiązuję/emy się zapewnić wszystkie materiały niezbędne do realizacji zajęć w programie.
- 3) Oświadczam/y, że zajęcia teoretyczne i praktyczne będą realizowane przez personel o potwierdzonych kwalifikacjach. Zobowiązuję/emy się wykonać całość zamówienia we własnym zakresie według harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia.

Zobowiązuję/emy się realizować program: od dnia podpisania umowy do 15 grudnia 2017 r.

Planowane terminy udzielania świadczeń w ramach programu:

Dzień tygodnia: w godz. od do

Dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail) do osoby odpowiedzialnej za organizację programu ze strony Przyjmującego zamówienie:

.....

Oferuję/emy realizację programu zgodnie z poniższą kalkulacją kosztów:

1. Liczba osób:

Liczba osób do objęcia opieką w 2017 roku:	180
--	-----

2. Cena:

Jednostkowa cena pełnego uczestnictwa w 1 cyklu za 1 osobę (w zł brutto):	
Dofinansowanie przez Gminę do 1 cyklu dla 1 osoby (w zł brutto) wynoszące 85% kosztów pełnego uczestnictwa:	

3. Koszt całkowity:

Całkowity koszt (zł brutto)	Całkowity koszt dofinansowania przez Gminę (zł brutto)

Oświadczenia:

- 1) Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjmuję/emy je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią Uchwały Nr XXIX/297/16 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 27 października 2016 roku w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej Gminy Ożarów Mazowiecki przygotowującego przyszłych rodziców na przyjęcie dziecka – zajęcia w szkole rodzenia wraz z załącznikiem.
- 3) Oświadczam/y, że posiadam/y doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoły rodzenia:
.....
(dotychczasowa działalność; liczba osób objętych opieką w ramach szkoły rodzenia)
- 4) Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

L. p.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji
1		
2		
3		
4		

- 5) Oświadczam/y, że spełniam/y wszystkie wymagania konieczne określone w warunkach udziału w konkursie.
- 6) Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną (nazwa, data produkcji):

.....
(Uwaga: wypełnić tylko w przypadku konieczności stosowania w Programie sprzętu specjalistycznego;
w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”)
.....

W załączeniu przedkładam/y następujące dokumenty:

- 1) Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ubiegającego się o realizację programu (oferenta),

- 2) Kopię zaświadczenia o nr NIP oferenta,
- 3) Kopię zaświadczenia o nr REGON oferenta,
- 4) Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych
- 5) Aktualną informację o podmiocie wykonującym działalność leczniczą (oferencie) z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania oferenta i sygnowane jego/ich podpisem oraz pieczęcią.

.....
(podpis/y i pieczęć osoby upoważnionej/osób
upoważnionych do reprezentowania oferenta)