Załącznik Nr 4 do Zarządzenia Nr B.0050.3.2018

Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego
z dnia 5 stycznia 2018 r.

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

(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 2018 roku obejmujący:
2. Przekazywanie we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom programu informacji o miejscu i czasie jego realizacji w sposób zwyczajowo przyjęty przez realizatora programu,
3. Promocję programu,
4. Przyjmowanie zgłoszeń, informowanie o terminach zajęć,
5. Zapewnienie wszystkich niezbędnych materiałów i sprzętu do realizacji zadania,
6. Przeprowadzenie zajęć zgodnie z programem,
7. Prowadzenie ewidencji osób biorących udział w programie, uzyskanie niezbędnych dokumentów rekrutacyjnych,
8. Informowanie zainteresowanych programem przedstawicieli środków masowego przekazu o udziale Gminy Ożarów Mazowiecki w jego realizacji,
9. Sporządzenie i przedłożenie przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy, dokumentacji sprawozdawczej z realizacji programu, w formie pisemnej na określonych w umowie zasadach,
10. Przygotowanie, przeprowadzenie i przekazanie Udzielającemu zamówienia ankiet, o których mowa w programie,
11. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
12. Prowadzenie stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
13. Zapewnienie wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń objętych programem.
14. Zobowiązuję/emy się zapewnić wszystkie materiały niezbędne do realizacji zajęć
w programie.
15. 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 18 grudnia 2018 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 2018 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 XLVI/485/17 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 23 listopada 2017 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)

1. 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 |  |  |

1. Oświadczam/y, że spełniam/y wszystkie wymogi konieczne określone w warunkach udziału w konkursie.
2. 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 pieczątka osoby upoważnionej/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)