

.....  
(pieczęć Oferenta)

.....  
(miejsowość i data)

### Formularz oferty

Nazwa programu, na realizację którego składana jest oferta:

**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2024**

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) Oświadczam/-y, że spełniam/-y wszystkie wymogi określone w ogłoszeniu o konkursie.
- 2) Zobowiązuję/-emy się realizować program w 2024 roku zgodnie z warunkami określonymi w ogłoszeniu o konkursie i przepisami obowiązującymi w tym zakresie.
- 3) Oświadczam/-y, że świadczenia w ramach programu wykonane będą przez personel medyczny o potwierdzonych kwalifikacjach.
- 4) Zobowiązuję/-emy się wykonać całość zamówienia we własnym zakresie według harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia.
- 5) Zobowiązuję/-emy się do wypełnienia wszystkich obowiązków formalno-prawnych i organizacyjnych spoczywających na Administratorze w ramach przepisów ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (dalej zwane: RODO).
- 6) Zobowiązuję/-emy się do poinformowania uczestników o obowiązku udostępnienia ich danych osobowych: Udzielającemu zamówienia oraz Mazowieckiemu Oddziałowi Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 13 RODO, będącymi osobnymi Administratorami w ramach udzielanych świadczeń realizowanych przez Jednostkę Samorządu Terytorialnego.
- 7) Zobowiązuję/-emy się udostępnić Udzielającemu zamówienia dane osobowe uczestników programu, poprzez przekazanie zestawienia rozliczającego program zgodnie z zawartą umową – co będzie wykonywane w celu realizacji umowy i w związku z obowiązkami wynikającymi z przepisów obowiązującego prawa.
- 8) Świadom/-i odpowiedzialności karnej oświadczam/-y, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe oraz posiadam podstawę prawną na ich udostępnienie.
- 9) Zobowiązuję/-emy się realizować program: od dnia podpisania umowy do 16 grudnia 2024 r.

Planowane terminy udzielania świadczeń w ramach programu:

Dzień tygodnia: ..... w godz. od ..... do .....

Adres gabinetu/-ów, w którym/-ch będzie realizowany program:

.....  
.....

Dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail) do osoby odpowiedzialnej za organizację i realizację zadań w ramach programu ze strony Oferenta:

.....

Imię i nazwisko głównego księgowego lub osoby upoważnionej do prowadzenia rozliczenia finansowego:

.....  
.....

Informacje o warunkach lokalowych, sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu:

Warunki lokalowe (zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie):

.....

.....

Wyposażenie w sprzęt medyczny (zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie):

.....

.....

**Oferuję/-emy realizację programu zgodnie z poniższą kalkulacją kosztów:**

A	Przewidywana (maksymalna)* liczba osób objętych programem w 2024 roku:	100
B	Średnia liczba punktów za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli w pkt. 5) Ogłoszenia o konkursie:	6,5
C	Cena jednostkowa w zł brutto za 1 punkt rozliczeniowy:	
D	Przewidywany koszt rehabilitacji w zł brutto jednej osoby (B x C x 4 x 10):	
E	Przewidywany koszt rehabilitacji w zł brutto wszystkich osób w programie (A x D):	
F	Cena działań edukacyjnych dla jednej osoby w zł brutto:	
G	Przewidywany koszt działań edukacyjnych dla wszystkich osób w programie w zł brutto (A x F):	
H	Koszt akcji informacyjnej w zł brutto (opracowanie i druk materiałów informacyjnych):	
I	Koszt monitoringu i ewaluacji w zł brutto:	
J	Przewidywany (maksymalny)* koszt całkowity w zł brutto (E + G + H + I):	

\* Liczba osób może ulec zmianie, Udzielający zamówienia pokryje koszty za faktycznie udzielone świadczenia w ramach programu. Kwota z poz. J. *Przewidywany (maksymalny)\* koszt całkowity w zł brutto* wymagana jest w celu wyboru najkorzystniejszej oferty.

**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 LXXIII/675/23 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 28 listopada 2023 r. w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2024 wraz z załącznikiem.
- 3) Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

Lp.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, okres zatrudnienia u Oferenta)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

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 polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

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 (czytelnie imię i nazwisko).

.....  
(czytelny/-e podpis/-y osoby upoważnionej/osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)