

OFERTA

NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ „Rehabilitacja osób po 65. roku życia- mieszkańców miasta Świdwin na lata 2018-2020” w 2020 roku.

I. Dane oferenta.

1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:

.....
.....

2. Dokładny adres:

.....
(ulica, nr domu, miejscowość, kod pocztowy, telefon, e-mail)

3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:

.....
.....

4. Organ założycielski lub właściciel:

.....
.....

5. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

6. NIP/REGON:.....

7. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

8. Imiona i nazwiska osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta i do podpisywania umowy na realizację Programu:

.....
.....

9. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i korekt dot. oferty (imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu kontaktowego, e-mail):

.....
.....

II. Szczegółowy sposób realizacji Programu.

1. Proponowana liczba osób, którą Oferent może objąć leczeniem:

.....
.....

2. Miejsce wykonywania Programu (dokładny adres, telefon, e mail):

.....
.....

3. Informacje o sprzęcie medycznym do wykonania następujących zabiegów z zakresu fizjoterapii (galwanizacja, jonoforeza, diadynamik, magnetoterapia, prądy TENS, krioterapia, laseroterapia, prądy interferencyjne, ultradźwięki, Sollux) i kinezyterapii, którym dysponuje Oferent:

.....
.....
.....
4. Informacje dot. liczby i kwalifikacji personelu fachowego biorącego udział w realizacji Programu:

.....
.....
5. Dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji, liczba zabiegów wykonywanych tygodniowo):

.....
.....
III. Harmonogram planowanych działań z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia.

.....
.....
Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztów realizacji programu:

.....
.....
IV. Oświadczenie.

Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:

- 1) w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- 2) jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
- 3) dysponuje odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną posiadającą kwalifikacje do udzielania oferowanych świadczeń zdrowotnych,
- 4) dysponuje wyrobami odpowiadającymi wymogom ustawy z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2020 roku poz. 186),
- 5) dysponuje odpowiednimi, określonymi przepisami prawa, pomieszczeniami i urządzeniami do wykonywania działalności leczniczej,
- 6) posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu,
- 7) zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert,
- 8) jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(czytelne podpisy i pieczętki osób uprawnionych do reprezentowania oferenta)

Załączniki:

- 1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz o umocowaniu osób reprezentujących, które podpisały ofertę,
- 2) aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 3) dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób wskazanych w ofercie, jako te, które mają wykonywać zabiegi,
- 4) aktualne paszporty techniczne sprzętu medycznego lub certyfikat Jakości i Bezpieczeństwa Urządzeń Medycznych, które będą wykorzystywane do realizacji Programu.