Załącznik nr 1 do Ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację w 2020 roku

 “Programu rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Solec-Zdrój

na lata 2020-2021”

 z dnia 18 grudnia 2019 roku

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący realizacji w 2020 roku “Programu rehabilitacji leczniczej

mieszkańców Gminy Solec-Zdrój na lata 2020-2021”.

Oferent (pełna nazwa):

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

Adres, kod pocztowy, telefon, e-mail i fax oferenta:

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

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpis):

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

Nr NIP oferenta:

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

Nr REGON oferenta:

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

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację zadania:

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

Zakres działań, którego dotyczy oferta:

1) Określenie warunków lokalowych, wskazanie adresu lokalu na terenie Gminy Solec-Zdrój, gdzie wykonywane będą świadczenia, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji programu zdrowotnego objętego ofertą wraz z oświadczeniem, że aparatura i sprzęt do realizacji Programu objętego ofertą spełniają wymogi określone w ogłoszeniu konkursowym.

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

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

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

Dostępność do świadczeń zdrowotnych:

1). Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres, nr tel., fax):

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

2) Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń:

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

Kalkulacja realizacji zadania:

1) Cena jednostkowa brutto w zł za 1 punkt przeprowadzenia usługi: .......................................................................................................................................................

Jednocześnie oświadczam, że:

1) zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o otwartym konkursie ofert oraz projektu umowy,

2) spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie,

3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,

4) osoby realizujące świadczenia posiadają kwalifikacje wymagane przez Organizatora konkursu,

5) przez okres realizacji świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do:

a) zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,

b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,

c) 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,

d) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji świadczeń oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,

e) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń),

6) świadczenia finansowane z budżetu gminy nie będą finansowane z innych źródeł i nie będą wchodzić w kolizję ze świadczeniami finansowanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia.