

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący udzielania mieszkańcom Włocławka świadczeń zdrowotnych wykraczających poza zakres podstawowej oferty terapeutycznej finansowanej przez NFZ z zakresu profilaktyki, terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk:

4. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny Regon:

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

8. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

II. Informacje o programach

1. Proponowany czas trwania umowy (rozpoczęcia i zakończenia programów):

--

2. Miejsce realizacji programów (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

--

3. Warunki lokalowe (liczba pomieszczeń do psychoterapii indywidualnej i grupowej, gabinet lekarski, rejestracja i in.):

--

4. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności:

--

5. Określenie składu i kwalifikacji zespołu realizującego program:

Lp.	Imię i Nazwisko	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Forma współpracy z Oferentem	Zadania w ramach programów/udzielane świadczenia zdrowotne
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

6. Informacje o instytucjach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

--

7. Planowane działania informacyjne:

--

8. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

--

9. Charakterystyka programów wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa programu	Opis planowanych działań, w tym pracy terapeutycznej (rodzaju świadczeń)	Liczba odbiorców
1.	ponadpodstawowy program psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym		
2.	ponadpodstawowy program terapii dla osób uzależnionych, w tym wczesnej diagnostyki i krótkiej interwencji dla osób pijących szkodliwie i ryzykownie		
3.	program terapeutyczny dla młodzieży uzależnionej lub zagrożonej uzależnieniem		
4.	Ponadpodstawowy program psychoterapii dla osób współuzależnionych		
5.	Wspierający program pomocy psychospołecznej i edukacyjnej dla rodziców i opiekunów		
6.	Zajęcia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			

10. Zakładane rezultaty programów:

--

11. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów programów (w tym zadania podlegające ocenie, metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

--

12. Liczba godzin poszczególnych świadczeń zaplanowanych w ramach programów:

Lp.	Rodzaj świadczenia (zgodny z założeniami określonymi w pkt. 5 szczegółowych materiałów informacyjnych)	Ponadpodstawowy program psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care)	Ponadpodst. program terapii dla osób uzależnionych, w tym wczesnej diagnostyki i krótkiej interwencji dla osób pijących szkodliwie i ryzykownie	Program terapeutyczny dla młodzieży uzależnionej lub zagrożonych uzależnieniem	Ponadpodstawowy program psychoterapii dla osób współuzależnionych	Wspierający program pomocy psychospołecznej i edukacyjnej dla rodziców i opiekunów	Zajęcia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży	Całkowita liczba godzin danego świadczenia
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
	RAZEM liczba godzin w ramach programu/programów							

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.

Lp.	Rodzaj świadczenia (zgodnie ze wskazanymi przez Oferenta w kolumnie nr 2 tabeli z pkt. II.12)	Liczba godzin danego świadczenia (zgodnie z kolumną nr 9 tabeli z pkt. II.12) ¹	Stawka brutto w PLN ²	Wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
Koszt całkowity realizacji programów (kwota brutto w zł)				
słownie:				

¹ w przypadku różnych stawek danego świadczenia w ramach poszczególnych programów, w kolumnie nr 2 obok rodzaju świadczenia należy wskazać program i wpisać liczbę godzin z kolumny tabeli z pkt. II.12 odnoszącej się do danego programu

² stawka zgodna z taryfikatorem ujętym w pkt. 7 szczegółowych materiałów informacyjnych

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki uzależnień (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)	
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią: ogłoszenia Prezydenta Miasta Włocławek, szczegółowych warunków konkursu ofert i szczegółowych materiałów informacyjnych do konkursu ofert
2. zapoznał się z wzorem i zaakceptował warunki umowy,
3. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. kopię wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej,
2. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego
3. kopię wpisu do właściwego rejestru (ewidencji) w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt. 2, 2a i 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.),
4. kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki),
5. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
6. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
7. oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego,
8. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.