***Załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursu dla podmiotów leczniczych na wybór realizatorów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie terapii uzależnień na lata 2017, 2018 i 2019.***

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

 *Pieczątka Oferenta* *Data i miejsce złożenia oferty*

1. **Dane o Oferencie:**
2. Pełna nazwa Oferenta .................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................
3. Adres wraz z kodem pocztowym

………………………………………………………………………………………………

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez właściwego wojewodę ....................................................................................................................
2. Data i numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru .................................................................................................................................................
3. NIP ............................................................
4. REGON .............................................................
5. Czy placówka jest płatnikiem podatku VAT……………………………………….………
6. Kierownik podmiotu ........................................................................................................................……………..

 *(imię i nazwisko, nr telefonu)*

1. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania ................................................................................................................................................. *(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*
2. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania .................................................................................................................................................

 *(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*

1. Nazwa banku i numer rachunku ...............................................................................................................................................

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

1. Termin realizacji: ……………………………………………………………………….…………..
2. Numer fax ……………………………………………………………………………...…………..
3. **Wartość oferty na rok 2017**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj czynności** | **Jednostka****rozliczeniowa - punkt** | **Proponowana cena za punkt****(w zł)** | **Proponowana liczba punktów** | **Wartość****(cena x liczba punktów w zł)** |
| 1. | porada lub wizyta diagnostyczna | 9 |  |  |  |
| 2. | porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna) | 6 |  |
| 3. | sesja psychoterapii indywidualnej | 12 |  |
| 4. | sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty | 10 |  |
| 5. | sesja psychoterapii rodzinnej/pary | 14 |  |
| 6. | sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika) | 3 |  |
| 7. | sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika) | 1 |  |
| **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

Uwagi dodatkowe:

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

1. **Oświadczam(-my), że:**
2. proponowane zadanie – przedmiot konkursu mieści się w zakresie działalności statutowej podmiotu, a wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3. będę udzielał świadczeń zgodnych z przedmiotem ogłoszenia finansowanych przez Gminę Miejską Kraków tym pacjentom, których świadczeń nie finansuje jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach posiadanej przeze mnie umowy z NFZ (dotyczy to także innych podmiotów),
4. posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,
5. zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia konkursowego, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.
6. posiadam wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z kodem resortowym komórki/ek organizacyjnej/ych wskazanej/ych w ogłoszeniu,
7. wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb postępowania konkursowego, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922).

*...............................................................................................................*

*Imię i nazwisko, podpis osoby/osób uprawnionej/nych do reprezentacji Oferenta, pieczęć Oferenta*

**IV. Realizacja programów terapeutycznych (nazwa programu oraz krótki opis):**

1. ……………………………………………………………………………….
2. ……………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………….
4. ………………………………………………………………………………

**V. Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych:**

* poradnia usytuowana na parterze lub w przyziemiu budynku (posiada podjazdy)[[1]](#footnote-1)
* poradnia usytuowana powyżej parteru (pierwszej kondygnacji) posiada dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd osób niepełnosprawnych
* co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

**Załączniki do formularza ofertowego (dla każdej lokalizacji lub poradni wskazanej przez Oferenta):**

1. zakres oraz miejsce wykonywania świadczeń – załącznik nr 1 do oferty,
2. kwalifikacje zawodowe personelu – załącznik nr 2 do oferty,
3. harmonogram pracy personelu– załącznik nr 3 do oferty.

**Dodatkowo wraz z formularzem ofertowym należy złożyć:**

* kopię aktualnego statutu, bądź innego dokumentu określającego status formalnoprawny podmiotu,
* kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu wymienionego w załączniku nr 2 do oferty,
* pełnomocnictwo (w przypadku podpisania oferty i wszelkich dokumentów przez osobę nie wymienioną we właściwych rejestrach jako upoważnioną do reprezentowania Oferenta).

**Oferta składa się z: formularza ofertowego wraz z załącznikami (nr 1, 2 i 3) oraz pozostałych niezbędnych dokumentów, które stanowią integralną część oferty.**

**Wszystkie dokumenty – kserokopie stanowiące załączniki do oferty muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania podmiotu leczniczego – Oferenta.**

**Wszystkie strony formularza ofertowego wraz z załącznikami oraz pozostałe załączniki do oferty (wymagane dokumenty) muszą być kolejno ponumerowane (od pierwszej strony oferty do ostatniej strony załącznika) i zaparafowane przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania podmiotu leczniczego – Oferenta.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Załącznik nr 1 do oferty* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zakres oraz miejsce wykonywania świadczeń** **(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)** |  |  |  |  |
|  |  |  | ***harmonogram pracy komórki (godziny od…..do….)*** |
| **Kod komórki organizacyjnej** | **nazwa komórki organizacyjnej** | **adres komórki organizacyjnej - miejsce udzielania świadczeń** | **poniedziałek**  | **wtorek** | **środa** | **czwartek** | **piątek** | **sobota** |
| *\*1740* | *\*poradnia uzależnień* |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\*- przykład* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 2 do oferty*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe personelu** **(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **lp.** | **imię** |  **nazwisko** | **pesel** | **nr prawa wykonywania zawodu** | **kwalifikacje** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Załącznik nr 3 do oferty*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Harmonogram pracy personelu(w godzinach od….do…..) (należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **nazwisko** | **imię** | **pesel** | **dostępność godzinowa tygodniowo** | **pn (godz)** | **wt (godz)** | **śr (godz)** | **czw (godz)** | **pt (godz)** | **sob (godz)** |
|  Nowak\* | Jan |  111111111 |  Lekarz - 9 |   |   |   |   |   |   |
|  Nowak\* |  Jan |  11111111 |  Psychoterapeuta - 3 |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*\* przykład –* w przypadku złożenia do oferty lekarza psychiatry posiadającego więcej niż 1 kwalifikacje (np. lekarz specjalista psychiatra oraz certyfikowany psychoterapeuta) należy rozdzielić jego tygodniowy czas pracy pomiędzy wskazane kwalifikacje. Podział ten jest konieczny ze względu na kryteria oceny oferty.

1. Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych dotyczy wszystkich poradni wskazanych w ofercie. [↑](#footnote-ref-1)