Załącznik Nr 2

do Zarządzenia Nr VIII/8/2023

Wójta Gminy Dobroń

z dnia 12.01.2023 r.

**ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

Konkurs ofert na realizację programu zdrowotnego w 2023 r. pn.:

**Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)**

przeprowadzonego na podstawie przepisów art. 7 ust. 1 oraz art. 48 ust. 4, art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. a oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

1. **Dane na temat podmiotu**
2. **pełna nazwa** ……………………………………………………………………………………………………………………………
3. **forma prawna** ………………………………………………………………………………………………………………………..
4. **numer w KRS lub innym rejestrze** …………………………………………………………………………………………..
5. **data wpisu, rejestracji lub utworzenia** ……………………………………………………………………………………
6. **nr NIP** …………………………………………………… **nr REGON** …………………………………………......................
7. **dokładny adres: miejscowość** ………………………………… **ul.** ………………………………………………………..

**gmina** ………………………………… **powiat** …………………………………………….. **województwo** ……………………………………………………

1. **tel**. ……………………………………………. **faks**…………………………………………………………………………………….

**e-mail** ………………………………………. **http://** ………………………………………………………………………………..

1. **nazwa banku i nr rachunku** ……………………………………………………...................................................…………………………………………
2. **nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. **nazwa, adres, telefon kontaktowy podmiotu bezpośrednio wykonującego zadanie, o którym mowa w ofercie**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **przedmiot działalności statutowej:**

|  |
| --- |
|  |

1. **jeżeli podmiot prowadzi działalność gospodarczą:**

- numer wpisu do rejestru przedsiębiorców

- przedmiot działalności gospodarczej

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis zadania**
2. **Nazwa zadania**

|  |
| --- |
|  |

1. **Plan rzeczowo – finansowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zabiegi** | **Szacunkowa liczba zabiegów/rok** | **Koszt jednostkowy brutto (zł)** | **Koszt na rok kalendarzowy brutto (zł)** |
| Jonoforeza |  |  |  |
| Interdyn |  |  |  |
| Magnetronic |  |  |  |
| Laser |  |  |  |
| Elektrostymulacja |  |  |  |
| Sollux |  |  |  |
| Ultradźwięki |  |  |  |
| Krioterapia |  |  |  |
| Kinezyterapia |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

1. **Miejsce i czas wykonania zadania**

|  |
| --- |
|  |

1. **Warunki lokalowe (szczegółowy opis)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Kwalifikacje personelu**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wykaz sprzętu do zabiegów rehabilitacji leczniczej będący w posiadaniu podmiotu**

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis wyposażenia sali kinezyterapii**

|  |
| --- |
|  |

1. **Dotychczasowe doświadczenie w realizacji zadań podobnego rodzaju, ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną.**

|  |
| --- |
|  |

1. **Inne informacje pozwalające na ocenę Oferenta wg kryteriów określonych w Programie i ogłoszeniu**

|  |
| --- |
|  |

*Oświadczam, że:*

*1. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty;*

*2. nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego;*

*3. świadczenia wykonywane w ramach programu nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.*

………………………………………………………

(pieczęć podmiotu)

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu)

*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 poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta*

**Załączniki i ewentualne referencje:**

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Programu i ogłoszenia;
2. Dokument potwierdzający prawo do władania lokalem na terenie gminy;
3. Kopia statutu jednostki;
4. Wyciąg z KRS;
5. Aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez właściwego wojewodę lub inny stosowny dokument potwierdzający wpis do właściwej ewidencji/rejestracji;
6. Kopia aktualnej polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
7. Pisemna zgodę Oferenta na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikacje danych podanych w ofercie;
8. Kopia dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu;
9. Oświadczenie o spełnianiu wymagań określonych w Programie i ogłoszeniu.

**Poświadczenie złożenia oferty**

|  |
| --- |
|  |

**Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)**

|  |
| --- |
|  |

\***niepotrzebne skreślić**