załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 61/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 13 lutego 2024 r.

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

### **FORMULARZ OFERTOWY**

**dot. udzielenia mieszkańcom Włocławka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**

***I. Dane dotyczące Oferenta***

1. Pełna nazwa Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

|  |
| --- |
|  |

\* *zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (*Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.) *oraz § 17 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2019 r., poz. 605 z późn. zm.)*

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

|  |
| --- |
|  |

***II. Informacje o planowanej realizacji zadań***

1. Proponowane ramy czasowe rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadań:

|  |
| --- |
|  |

1. Miejsce realizacji planowanych zadań (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki):

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. Wyposażenie (sprzęt i urządzenia):

|  |
| --- |
|  |

1. Określenie składu i kwalifikacji osób realizujących planowane zadania:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Zawód | Uzyskany stopień specjalizacji | Forma współpracy  z Oferentem | udzielane świadczenia zdrowotne w ramach planowanych zadań |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. Planowane działania informacyjne:

|  |
| --- |
|  |

1. 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:

|  |
| --- |
|  |

1. Charakterystyka planowanych zadań wraz z określeniem liczby odbiorców:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zadania | Opis planowanych działań, w tym pracy terapeutycznej(rodzaju świadczeń) | Liczba odbiorców |
| 1. | **Zadanie nr 1**  Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii  w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym |  |  |
| 2. | **Zadanie nr 2**  Świadczeń pogłębionej terapii dla osób uzależnionych |  |  |
| 3. | **Zadanie nr 3**  Świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych |  |  |
| CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW: | | |  |

1. Zakładane rezultaty:

|  |
| --- |
|  |

1. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów planowanych do realizacji zadań (metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

|  |
| --- |
|  |

1. Liczba godzin poszczególnych świadczeń w ramach planowanych do realizacji zadań:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj świadczeń  (zgodny z założeniami określonymi w pkt. II. 4 ogłoszenia o konkursie) | **Zadanie nr 1** –świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu  (tzw. after care)… | **Zadanie nr 2** –świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych | **Zadanie nr 3** –świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych | Całkowita liczba godzin danego świadczenia |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *6* | *9* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM – liczba godzin  w ramach planowanych  do realizacji zadań |  |  |  |  |

***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 PLN2 | Wartość brutto w PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
|  | Koszt całkowity realizacji zadań (kwota brutto w zł) | | |  |
|  | słownie: | | | |

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

2 stawka zgodna z taryfikatorem ujętym w pkt. II. ppkt. 6 ogłoszenia o konkursie

***IV. Informacje dodatkowe.***

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

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Włocławek dot. konkursu na udzielanie mieszkańcom Włocławka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
2. Zapoznał się z ramowym wzorem umowy i zaakceptował warunki umowy.
3. Nie zalega z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
4. Świadczenia wykonywane w ramach przedmiotu oferty nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.
5. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:**

1. Kopię zaświadczenia rejestru (wydruk/ odpis) o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do właściwego rejestru w odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 106 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023, poz.991 z późn. zm.) oraz w oparciu o § 17 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru *(Dz. U. z 2019 r., poz. 605 z późn. zm.).*
2. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego kopię statutu jednostki lub innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, (np. kopię umowy spółki).
3. Kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji zadania.
4. Kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczenia zdrowotne.

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(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.