Załącznik nr 2

do zarządzenia nr 31/20

Wójta Gminy Kunice

z dnia 07 maja 2020 r

Kunice ………………….

**FORMULARZ OFERTY**

**na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice „ na lata 2020 – 2023**

**1.** Dane oferenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa |  |
| 1. | Adres (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo) |  |
| 2. | Telefon, fax, adres e-mail |  |
| 3. | Data i numer wpisu do właściwego rejestru |  |
| 4. | NIP |  |
| 5. | Regon |  |
| 6. | Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 7. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię  i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 8. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 9. | Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, udzielanie informacji) |  |

**2.** Przystąpienie do realizacji programu polityki zdrowotnej : Oferent oświadcza, że:

Zrealizuje program polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice „ na lata 2020 – 2023” w zakresie określonym w ogłoszeniu o realizacji programu polityki zdrowotnej   
i szczegółowych warunkach konkursu zwanym dalej Programem.

Oferent oferuje zryczałtowaną **cenę brutto za 1 punkt zabiegu ……….. słownie…………… w tym podatek VAT………….** Wartość punktowa poszczególnych zabiegów przedstawiona jest w warunkach konkursu.

**3.** Za wykonanie Programu Gmina Kunice zapłaci oferentowi – zleceniobiorcy wynagrodzenie, które stanowić będzie iloczyn ceny jednostkowej brutto za przeprowadzenie kompletu zabiegów rehabilitacyjnych dla jednego mieszkańca oraz ilości uczestników, którym wykonano faktycznie 10 – dniowy cykl od 3 do 5 zabiegów, z zastrzeżeniem pkt 4.

**4.** W przypadku rezygnacji pacjenta po wizycie u fizjoterapeuty, a przed rozpoczęciem zabiegów Zleceniobiorca za wykonanie Programu otrzyma wynagrodzenie, za samo badanie fizjoterapeutyczne.

W przypadku rezygnacji pacjenta z zabiegów przed zakończeniem całego cyklu, Zleceniobiorcy będzie przysługiwało wynagrodzenie za badanie fizjoterapeutyczne oraz faktyczną ilość przeprowadzonych zabiegów.

**5.** Oferent oświadcza, że akceptuje warunki wykonania Programu zawarte w ogłoszeniu   
o szczegółowych warunkach konkursu, a w szczególności dotyczące:

1) Terminu wykonania przedmiotu konkursu i zobowiązania wykonania Programu   
w terminie: od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2023 r.

2) Warunków płatności:

a) podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie miesięczne sprawozdanie merytoryczne z wykonania programu,

b) sprawozdanie merytoryczne w formie pisemnej będzie zawierać listę osób, u których   
 przeprowadzono zabiegi, oraz ich ilości i rodzaj,

c) miesięczne sprawozdanie merytoryczne oferent przekazuje Zleceniodawcy do 10 dnia następnego miesiąca.

d) wynagrodzenie, zostanie przekazane przez zleceniodawcę przelewem na konto   
 bankowe oferenta: …………………………………………………….. w terminie   
 14 dni od daty otrzymania przez Zleceniodawcę sprawozdania merytorycznego   
 i prawidłowo wystawionej faktury.

**6.** Ponadto Oferent oświadcza:

1) złożona oferta wiąże nas na 30 dni, bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,

2) w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję(my) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę.

**7.** Załączniki do niniejszej oferty:

1) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność, wystawionego nie wcześniej niż   
6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

2) wpis do właściwego rejestru,

3) statut zakładu, (jeżeli posiada),

4) kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały   
 udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu,

5) kopie aktualnej polisy zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody   
 wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie   
 odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia   
 wirusem HIV, na okres ich udzielania,

6) zaświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ubezpieczenie wobec ZUS,

7) zaświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków,

8) kopia dokumentów aktualnego przeglądu technicznego sprzętu i aparatury   
 rehabilitacyjnej poświadczone w paszportach tych urządzeń,

9) inne dokumenty:

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

………………………………. ………………………………………..

/data/ /podpis Oferenta-Zleceniobiorcy

lub upoważnionego przedstawiciela/