Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr B.0050.60.2025

Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego
z dnia 5 marca 2025 r.

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

(pieczęć Oferenta)

 …………………..…………………………………………..

(miejscowość i data)

**Formularz oferty**

Nazwa programu, na realizację którego składana jest oferta:

**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025**

Nazwa Oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym):

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

Numer wpisu Oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

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

Adres siedziby Oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

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

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Oferenta

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

NIP: …………………………………… REGON: ………………………………………..

Nazwa banku i nr konta bankowego:

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

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

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż siedziby):

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

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

1. Oświadczam/-y, że spełniam/-y wszystkie wymogi określone w ogłoszeniu o konkursie.
2. Zobowiązuję/-emy się realizować program w 2025 roku zgodnie z warunkami określonymi w ogłoszeniu o konkursie i przepisami obowiązującymi w tym zakresie.
3. Oświadczam/-y, że świadczenia w ramach programu wykonane będą przez personel medyczny o potwierdzonych kwalifikacjach.
4. Zobowiązuję/-emy się wykonać całość zamówienia we własnym zakresie według harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia.
5. Zobowiązuję/-emy się do wypełnienia wszystkich obowiązków formalno-prawnych i organizacyjnych spoczywających na Administratorze w ramach przepisów ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (dalej zwanego: „RODO”).
6. Zobowiązuję/-emy się do poinformowania uczestników o obowiązku udostępnienia ich danych osobowych: Udzielającemu zamówienia oraz Mazowieckiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 13 RODO, będącymi osobnymi Administratorami w ramach udzielanych świadczeń realizowanych przez Jednostkę Samorządu Terytorialnego.
7. Zobowiązuję/-emy się udostępnić Udzielającemu zamówienia dane osobowe uczestników programu, poprzez przekazanie zestawienia rozliczającego program zgodnie z zawartą umową - co będzie wykonywane w celu realizacji umowy i w związku z obowiązkami wynikającymi z przepisów obowiązującego prawa.
8. Świadom/-i odpowiedzialności karnej oświadczam/-y, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe oraz posiadam podstawę prawną na ich udostępnienie.
9. Zobowiązuję/-emy się realizować program: od dnia podpisania umowy do 16 grudnia
2025 r.

Planowane terminy udzielania świadczeń w ramach programu:

Dzień tygodnia: ………………………………………… w godz. od …………...… do ……………...

Adres gabinetu/-ów, w którym/-ch będzie realizowany program:

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

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

Dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail) do osoby odpowiedzialnej
za organizację i realizację zadań w ramach programu ze strony Oferenta:

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

Imię i nazwisko głównego księgowego lub osoby upoważnionej do prowadzenia rozliczenia finansowego:

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

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

Informacje o warunkach lokalowych, sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu:

Warunki lokalowe (zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie):

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

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

Wyposażenie w sprzęt medyczny (zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie):

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

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

**Oferuję/-emy realizację programu zgodnie z poniższą kalkulacją kosztów:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A | Przewidywana (maksymalna)\* liczba osób objętych programem w 2025 roku: | 100 |
| B | Średnia liczba punktów za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli w pkt. 5) Ogłoszenia o konkursie: | 6,5 |
| C | Cena jednostkowa w zł brutto za 1 punkt rozliczeniowy: |  |
| D | Przewidywany koszt rehabilitacji w zł brutto jednej osoby (B x C x 4 x 10): |  |
| E | Przewidywany koszt rehabilitacji w zł brutto wszystkich osób w programie (A x D): |  |
| F | Cena działań edukacyjnych dla jednej osoby w zł brutto: |  |
| G | Przewidywany koszt działań edukacyjnych dla wszystkich osób w programie w zł brutto (A x F): |  |
| H | Koszt akcji informacyjnej w zł brutto (opracowanie i druk materiałów informacyjnych): |  |
| I | Koszt monitoringu i ewaluacji w zł brutto: |  |
| J | Przewidywany (maksymalny)\* koszt całkowity w zł brutto (E + G + H + I): |  |

\* Liczba osób może ulec zmianie, Udzielający zamówienia pokryje koszty za faktycznie udzielone świadczenia w ramach programu. Kwota z poz. J. *Przewidywany (maksymalny)\* koszt całkowity w zł brutto* wymagana jest w celu wyboru najkorzystniejszej oferty.

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjmuję/-emy je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią Uchwały Nr IX/71/24 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 21 listopada 2024 r. w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025 wraz z załącznikiem.
3. Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko, tytuł zawodowy** | **Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, okres zatrudnienia u Oferenta)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

W załączeniu przedkładam/y następujące dokumenty:

1. Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ubiegającego się o realizację programu (Oferenta),
2. Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność
z oryginałem przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Oferenta i sygnowane jego/ich podpisem (czytelnie imię i nazwisko).

…………………………………………………..………………………

(czytelny/-e podpis/-y osoby upoważnionej/osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)