|  |
| --- |
|  |

Załącznik nr 1

do Zarządzenia

Nr 836/2020

Burmistrza Nysy

z dnia 8 grudnia 2020 roku

FORMULARZ OFERTY

**NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA MIESZKAŃCÓW GMINY NYSA NA LATA 2021 – 2025**

**POUCZENIE co do sposobu wypełniania oferty:**

Ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach lub w przypisach.

W przypadku pól, które nie dotyczą danej oferty, należy wpisać „nie dotyczy” lub przekreślić pole.

**Kalkulację przewidywanych kosztów Programu i Przewidywane źródła finansowania Programu należy sporządzić według załączników do oferty – pliki Excel – dla każdego roku obowiązywania programu odrębnie.**

1. **Podstawowe informacje**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Nysa**
 |  |
| 1. **Termin realizacji programu**
 | Data rozpoczęcia |  | Data zakończenia |  |
| 1. **Miejsce realizacji programu**
 |  |

**II. Dane oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa oferenta**
 |  |
| 1. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**
 |  |
| 1. **Adres siedziby oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)
 |  |
| 1. **Nr NIP oferenta**
 |  |
| 1. **Nr REGON oferenta**
 |  |
| 1. **Telefon kontaktowy**
 | (stacjonarny) | (komórkowy) |
| 1. **Fax.**
 |  |
| 1. **e-mail**
 |  |
| 1. **Numer konta bankowego**
 |  |
| 1. **Dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących oferty** (imię i nazwisko, numer telefonu)
 |  |
| 1. **Nazwa, adres i dane kontaktowe jednostki organizacyjnej bezpośrednio realizującej Program** (należy wypełnić, jeżeli Program ma być realizowany przez oddział terenowy, placówkę lub inną jednostkę organizacyjną oferenta)
 |  |
| 1. **Przedmiot działalności oferenta wraz ze wskazaniem dokumentu, na podstawie którego dana działalność jest prowadzona** *(przytoczyć zapis dokumentu zgodny z ogłoszeniem o konkursie wraz ze wskazaniem pkt statutu, KRS, odpowiedniego rejestru)*
 |  |

**III. Informacja o sposobie reprezentacji oferenta wobec organu administracji publicznej,
w tym imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania oferenta wobec organu administracji publicznej, wraz z przytoczeniem podstawy prawnej**[[1]](#footnote-1))

|  |
| --- |
|  |

**IV. Szczegółowy zakres rzeczowy oraz kalkulacja przewidywanych kosztów Programu**

|  |
| --- |
| 1. **Zakładany(-ne) cel(e) realizacji Programu**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Opis zakładanych rezultatów realizacji Programu**
 |
|  |
| 1. **Opis adresatów Programu**
 |
|  |
| 1. **Szczegółowy opis poszczególnych działań w zakresie realizacji Programu** (opis musi być spójny z programem polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Nysa na lata 2021-2025 pn. ,,Świadczenie usług pielęgnacyjnych i pielęgniarskich oraz działalność rewalidacyjna i usprawniająca ruchowo w środowisku domowym osób chorych, niepełnosprawnych, samotnych i starszych w latach 2021 – 2025. )
 |
|  |
| 1. **Określenie ryzyka niewykonania części działań/ zadań w związku z pandemią COVID - 19 wraz z podaniem propozycji alternatywnych rozwiązań pozwalających na realizację Programu adekwatną do celu i rezultatów.**
 |
| **6 Harmonogram na rok ………-** *należy wymienić poszczególne działania prowadzone w ramach realizowanego Programu, wraz z terminem ich realizacji (***dla każdego roku obowiązywania programu odrębnie).** |
| **Lp.** | **Nazwa działania**  | **Planowany termin realizacji**(data od – do) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**7. Kalkulacja przewidywanych kosztów Programu**

**SPORZĄDZONA WEDŁUG ZAŁĄCZNIKA NR 1 – PLIK EXCEL.**

**8. Przewidywane źródła finansowania Programu**

**SPORZĄDZONE WEDŁUG ZAŁĄCZNIKA NR 2 – PLIK EXCEL.**

|  |
| --- |
| 1. **Zasoby kadrowe przewidywane do zaangażowania przy realizacji Programu** (należy opisać kwalifikacje osób oraz ich sposób zaangażowania w realizację poszczególnych działań a także zakres ich obowiązków,
 |
|  |
| 1. **Wkład rzeczowy przewidziany do wykorzystania przy realizacji Programu**
 |
|  |
| **11. Informacje o wcześniejszej działalności oferenta w zakresie, którego dotyczy Programu**  |
|  |
| **12. Inne informacje, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty** |
|  |

Oferent oświadcza, że *(\*niepotrzebne skreślić*):

1. zapoznał się z treścią zarządzenia w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu\*, projektem umowy\* oraz programem polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Nysa na lata 2021 – 2025 pn. ,,Świadczenie usług pielęgnacyjnych
i pielęgniarskich oraz działalność rewalidacyjna i usprawniająca ruchowo w środowisku domowym osób chorych, niepełnosprawnych, samotnych i starszych w latach 2021 – 2025”realizowanego przez Gminę Nysa\*.
2. Dysponuje kadrą niezbędną do realizacji programu\*.
3. Posiada polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot oferty\*.
4. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w zarządzenia w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu oraz pn. ,,Świadczenie usług pielęgnacyjnych
i pielęgniarskich oraz działalność rewalidacyjna i usprawniająca ruchowo w środowisku domowym osób chorych, niepełnosprawnych, samotnych i starszych w latach 2021 – 2025”realizowanego przez Gminę Nysa\*.
5. Wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym\*.
6. w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem
i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781).

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

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

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy

osób upoważnionych do składania oświadczeń

woli w imieniu oferenta)

 Data ........................................................

**Załączniki:**

*W miarę potrzeb można dodać wiersze*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa załącznika** | **Informacja o załączeniu (tak/nie/nie dotyczy)** |
| **1.** | kalkulacja przewidywanych kosztów Programu na rok *………….(sporządzić odrębnie dla każdego roku realizacji Programu)* |  |
| **2.** | przewidywane źródła finansowania Programu na rok ………..*………….(sporządzić odrębnie dla każdego roku realizacji Programu)* |  |
| **3.** | Harmonogram na rok ………*………….(sporządzić odrębnie dla każdego roku realizacji Programu)* |  |
| **4.** | Kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.) zgodnie z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany; |  |
| **5.** | odpis z Krajowego Rejestr Sądowego lub inny dokument, potwierdzający m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności i sposób reprezentacji, zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany |  |
| **6.** | informacja nt. minimum 3 letniego doświadczenie w realizowaniu zadań o podobnym charakterze potwierdzone referencjami, opiniami lub innymi dokumentami potwierdzającymi 3 letnie doświadczenie |  |

1. )Należy określić, czy podstawą są zasady określone w statucie, pełnomocnictwo czy też inna podstawa. [↑](#footnote-ref-1)