

.....

Miejscowość, data

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja zdrowotna mieszkańców Gminy Boguchwała na lata 2025-2026” stanowiącego załącznik do uchwały nr XIV.158.2025 Rady Miejskiej w Boguchwale z dnia 26 czerwca 2025 r., na rok 2025, zwanego dalej „programem”.

1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta:

Adres:.....

Forma prawna:

REGON:

NIP:.....

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Nr telefonu kontaktowego:

Adres e-mail:

Adres elektronicznej skrzynki podawczej

(ePUAP):.....

Nr rachunku bankowego:

Nazwa organu rejestrowego:

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

.....

2. Kalkulacja kosztów

- 1) I grupa docelowa (koszt przypadający na jednego uczestnika):

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu (w zł brutto)
Wizyta kwalifikująca	
Ćwiczenia indywidualne	
Masaż suchy	
Galwanizacja	
Jonoforeza	
Elektrostymulacja	
Prądy diadynamiczne	
Prądy interferencyjne	
Ultradźwięki miejscowe	
Pole magnetyczne	
Sollux	
Laser punktowy	
Krioterapia miejscowa	
Wizyta końcowa	
SUMA	

2. Kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu (należy wpisać TAK/NIE)

Lp.	Działanie	Personel medyczny (zasoby kadrowe i kompetencje osób zapewniających realizację programu)	Czy podmiot posiada wymieniony personel medyczny? (TAK/NIE)
1.	Fizjoterapeuta	Z odpowiednimi kwalifikacjami zgodnie z opisem w Ogłoszeniu o konkursie stanowiącym Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 139.2025 Burmistrza Boguchwały z dn. 08.08.2025 r.	
2.	Personel medyczny	Z odpowiednimi kwalifikacjami zgodnie z opisem w Ogłoszeniu o konkursie stanowiącym Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 139.2025 Burmistrza Boguchwały z dn. 08.08.2025 r.	
3.	Lekarz specjalista	(np. rehabilitacji medycznej, ortopedii) – w razie konieczności	

4.	Specjaliście zdrowia publicznego i promocji zdrowia	W ramach działań edukacyjnych	
----	---	-------------------------------	--

3. Liczba uczestników

Maksymalna liczba uczestników, którą Oferent deklaruje objąć świadczeniami w ramach programu (należy brać pod uwagę kalkulację przyjętą w programie z uwzględnieniem kosztów podanych w ofercie).

Deklarowana liczba osób z grupy docelowej:

- 2025 r.

4. Miejsce świadczeń realizowanych w ramach programu

Miejsce/a udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

..

5. Oświadczenia Oferenta

- 1) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentacją konkursową i przyjmuje ją bez żadnych zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji programu, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.
- 3) Oświadczam, że w stosunku do Oferenta wskazanego w ofercie nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 4) Oświadczam, że nie byłem/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 5) Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.

- 6) Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych w programie.
- 7) Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
- 8) Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie.

.....

(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)