

## FORMULARZ OFERTOWY

**konkursu ofert na udzielanie w roku 2025 mieszkańcom Białogardu świadczeń gwarantowanych z zakresu terapii (leczenia) uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**

### ***I. Dane dotyczące Oferenta***

1. Pełna nazwa Oferenta:

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

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

*\* zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 599) oraz § 17 i 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. 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. poz. 605 oraz z 2023 r. poz. 2062).*

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

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

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

1. Proponowany czas trwania umowy (rozpoczęcia i zakończenia realizacji zadań):

--

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

--

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

--

4. Wyposażenie (sprzęt i urządzenia):

--

5. 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.					

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

--

7. Planowane działania informacyjne:

--

8. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania tych informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

--

9. Charakterystyka planowanych zadań wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa zadania	Opis planowanych działań, w tym pracy terapeutycznej (rodzaju świadczeń)	Liczba odbiorców
1.	<b>Zadanie nr 1</b> Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od narkotyków i politoksykomanów, będących na podstawowym cyklu leczenia		
2.	<b>Zadanie nr 2</b> Świadczenia psychoterapii dla kobiet uzależnionych od alkoholu		
3.	<b>Zadanie nr 3</b> Świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych i zagrożonych przemocą		

4.	<b>Zadanie nr 4</b> Działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu, obejmujące zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			

10. Zakładane rezultaty:

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

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

Lp.	Rodzaj świadczeń	Zadanie nr .....	Całkowita liczba godzin danego świadczenia
1	2	3	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	Liczba godzin danego świadczenia	Stawka godzinowa brutto w złotych	Wartość brutto w złotych
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Koszt całkowity realizacji zadań (kwota brutto w zł) słownie:				

**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 Burmistrza Białogardu o przeprowadzeniu konkursu ofert na udzielanie w roku 2025 mieszkańcom Białogardu świadczeń gwarantowanych z zakresu terapii (leczenia) uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
- 2) wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

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

---

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

- 1) kopia zaświadczenia o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do właściwego rejestru (lub aktualny odpis/wydruk z rejestru) prowadzonego przez organy, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), o którym mowa w § 17 i 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. 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. poz. 605 oraz z 2023 r. poz. 2062),
- 2) kopia statutu jednostki lub innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, (np. kopię umowy spółki),
- 3) kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji zadania,
- 4) kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych, o których mowa w części II ust. 5.
- 5) Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę(-by) upoważnioną(-ne) do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

**Pouczenie:**

Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W polach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

