Załącznik do Ogłoszenia Burmistrza Miasta Milanówka o konkursie ofert

na świadczenie gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji

leczniczej dla mieszkańców Milanówka, finansowanych

z budżetu Gminy Milanówek

**- wzór formularza-**

**OFERTA**

**na świadczenie gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej dla**

**mieszkańców Milanówka, finansowanych z budżetu Gminy Milanówek**

1. Oferent (pełna nazwa):

…………………………………………………………………………………………………

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

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), numer telefonu i adres e-mail

oferenta:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

3. Numery wpisów do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego

rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

5. Wskazanie adresu lokalu na terenie Milanówka, gdzie wykonywane będą świadczenia:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

6. Warunki lokalowe, w których będą świadczone usługi z zakresu rehabilitacji leczniczej:

|  |
| --- |
| Warunki lokalowe:  - wejście do obiektu wyposażone w podjazd oraz dojście dla osób niepełnosprawnych ruchowo – TAK/NIE\*  - pomieszczenie higieniczno sanitarne, wyposażone w natrysk – TAK/NIE\*  - sale do kinezyterapii w oddzielnym pomieszczeniu – TAK/NIE\*  - przebieralnia dla pacjentów w oddzielnym pomieszczeniu – TAK/NIE\* |

7. Wyszczególnienie specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej (numery seryjne, daty produkcji, aktualne paszporty techniczne):

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

8. Wskazanie dni tygodnia i godzin (minimalnie 5 godzin dziennie, jeden dzień do godziny 18:00), w których będą wykonywane świadczenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dni tygodnia** | **Godziny świadczeń usług z zakresu rehabilitacji leczniczej**  **od……. do………..** | **Łącznie liczba godzin** |
| **Poniedziałek** |  |  |
| **Wtorek** |  |  |
| **Środa** |  |  |
| **Czwartek** |  |  |
| **Piątek** |  |  |

9. Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

10**. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ……… zł za 1 punkt** udzielonych świadczeń wskazanych w katalogach świadczeń określonych w ogłoszeniu konkursowym.

11. Realizacja oferty rozpocznie się od dnia podpisania umowy do 21 grudnia 2020 r.

……………………………………… …………..……………………………..

miejscowość, data Imię i nazwisko i podpis oferenta

lub osoby (osób) występujących

w imieniu oferenta

\*niepotrzebne skreślić

**Do oferty należy dołączyć:**

1. oświadczenie, że oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia Burmistrza Miasta Milanówka na świadczenie gwarantowanych usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka, finansowanych z budżetu Gminy Milanówek.
2. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działalności podmiotu;
3. aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
4. dokument potwierdzający aktualną polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866);
5. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe kadry pracowniczej;
6. potwierdzenie posiadania tytułu prawnego do dysponowania lokalem, w którym świadczone będą usługi;
7. oświadczenie o spełnieniu warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia   
   i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595).

**W przypadku załączników składanych w formie kserokopii, każda strona powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione i opatrzone datą.**

Załącznik do formularza oferty

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję:

Treść ogłoszenia Burmistrza Miasta Milanówka na realizację świadczeń gwarantowanych usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka, finansowanych   
z budżetu Gminy Milanówek

Jednocześnie oświadczam, że udzielone w ramach niniejszego konkursu ofert ogłoszonego przez Burmistrza Miasta Milanówka świadczenia zdrowotne nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

……………………………………… …………..……………………………..

miejscowość, data Imię i nazwisko i podpis oferenta

lub osoby (osób) występujących

w imieniu oferenta