

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczący udzielania mieszkańcom Gminy Świerklany świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu

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 rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk:

4. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny Regon:

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

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

--

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

II. Informacje o programach

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

--

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

--

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

--

4. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności:

--

5. Określenie składu i kwalifikacji zespołu realizującego program:

Lp	Imię i Nazwisko	Zawód	Uzyskany stopień specjalizacji	Forma współpracy z Oferentem	Zadania w ramach programów/udzielane świadczenia zdrowotne
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 ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

--

9. Charakterystyka programów wraz z określeniem liczby odbiorców:

Lp.	Nazwa programu	Opis planowanych działań, w tym pracy terapeutycznej (rodzaju świadczeń)	Liczba odbiorców
1.	Ponadpodstawowy program psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu		
2.	Ponadpodstawowy program psychoterapii dla osób współuzależnionych		
CAŁKOWITA LICZBA ODBIORCÓW:			

10. Zakładane rezultaty programów:

--

11. Założenia dotyczące pomiaru bezpośrednich rezultatów programów (w tym zadania podlegające ocenie, metody, sposoby i terminy dokonania oceny):

--

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.

Lp.	Rodzaj świadczenia	Liczba godzin danego świadczenia	Stawka brutto w PLN za jedną godzinę	Wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
Koszt całkowity realizacji programów (kwota brutto w zł) słownie:				

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki uzależnień (rodzaje programów, termin realizacji, zleceniodawca programu)	
----	--	--