Załącznik nr 1 do Ogłoszenia konkursu ofert na realizację zadania **dotyczącego zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków i współuzależnionych, zamieszkujących gminę Kołobrzeg**

|  |
| --- |
| **Urząd Gminy Kołobrzeg ul. Trzebiatowska 48a, 78-100 Kołobrzeg** |

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

*Pieczęć firmowa oferenta*

**Oferta realizacji** **w roku 2021** **programu polityki zdrowotnej realizowanego przez zakłady opieki zdrowotnej dotyczącego zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej  
i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków i współuzależnionych, zamieszkujących gminę Kołobrzeg**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **I. DANE OFERENTA** | | | |
| 1. | Pełna nazwa oferenta  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) | |  | |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym,  numer tel  numer faksu  adres e-mail | |  | |
| 3. | Osoba(y) upoważniona(e)  do reprezentowania oferenta | |  | |
| 4. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | |  | |
| 5. | NIP | |  | |
| 7. | Regon | |  | |
| 8. | Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax) | |  | |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., adres e-mail) | |  | |
| 10. | Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.) | |  | |
| 11. | Nazwa banku | |  | |
| 12. | Numer konta | |  | |
| II. KALKULACJA KOSZTÓW | | | | |
| Liczba osób, które zostaną objęte programem | | | |  |
| Łączny koszt realizacji programu w zł | | | |  |
| **III. LICZBA OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PROGRAMU ORAZ ICH KWALIFIKACJE** | | | | |
| Imię i nazwisko | | | Kwalifikacje zawodowe | |
|  | | |  | |
| **IV. WARUNKI LOKALOWE I** **WYPOSAŻENIE POMIESZCZEŃ W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM** | | | | |
|  | | | | |
| **V. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W DZIEDZINIE OBJĘTEJ PROGRAMEM** | | | | |
|  | | | | |
| 1. **HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU** | | | | |
| Rodzaj zadania | | Termin realizacji | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |

Oświadczam, że:

1. zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora w roku 2021 programu polityki zdrowotnej **realizowanego przez zakłady opieki zdrowotnej dotyczącego zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej  
   i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków i współuzależnionych**
2. cena wskazana w ofercie uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją programu,
3. dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Kołobrzeg, dnia................................. .........…….………………………………

*Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*

**Uwaga!** Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.

1. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
2. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając pustych miejsc. W przypadku rubryk, których wypełnianie nie dotyczy danego oferenta należy wpisać "nie dotyczy".
3. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
4. Do oferty należy dołączyć:
5. aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oferenta,
6. kopię zaświadczenia o nadaniu nr NIP oferenta,
7. kopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON oferenta,
8. kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta),
9. kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.