Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 45/1/2024

Prezydenta Miasta Leszna

z dnia 19.01.2024 r.

**FORMULARZ OFERTY**

**do konkursu ofert na wybór realizatora w 2024 roku programu polityki zdrowotnej: „Program Rehabilitacji Seniorów – mieszkańców Miasta Leszna”**

1. Dane o oferencie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa |  |
| 2. | Adres (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo) |  |
| 3. | Telefon, fax**,** adres e-mail |  |
| 4. | Data i numer wpisu do właściwego rejestru |  |
| 5. | NIP |  |
| 6. | Regon |  |
| 7. | Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 8 | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 10. | Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, udzielanie informacji) |  |

1. Przystąpienie do konkursu: Oferent oświadcza, że :

Wykona program polityki zdrowotnej: **„Program Rehabilitacji Seniorów – mieszkańców Miasta Leszna” w 2024 r.** w zakresie określonym w ogłoszeniu   
o konkursie i szczegółowych warunkach konkursu zwany dalej Programem za następującą cenę:

1. **cena jednostkowa brutto** **za przeprowadzenie kompletu zabiegów rehabilitacyjnych dla jednego seniora**  **- suma cen wskazanych w pkt. 2 i 3:** **brutto …………………………….., słownie (……………………………………….),**

Na cenę w pkt 1. składają się następujące ceny:

1. Cena jednostkowa za wstępne badanie lekarskie kwalifikujące jednego pacjenta do zabiegów i ustalające rodzaj terapii:

brutto …………………………….., słownie (……………………………………….),

1. cena za wykonanie 10 – dniowego cyklu co najmniej 20 zabiegów u jednego uczestnika programu,:

brutto …………………………….., słownie (……………………………………….),

w tym ceny jednostkowe każdego rodzaju zabiegu :

**…………………………………………**

**………………………..……………….**

**……………………..………………….**

1. **Za wykonanie Programu Miasto Leszno zapłaci, oferentowi - zleceniobiorcy wynagrodzenie, które stanowić będzie iloczyn ceny jednostkowej brutto** **za przeprowadzenie kompletu zabiegów rehabilitacyjnych dla jednego seniora oraz ilości uczestników, którym wykonano faktycznie 10 – dniowy cykl 20 zabiegów, z zastrzeżeniem pkt 4-5.**
2. W przypadku rezygnacji pacjenta po wizycie lekarskiej a przed rozpoczęciem zabiegów Zleceniobiorca za wykonanie Programu otrzyma wynagrodzenie, za samo badanie lekarskie o którym mowa w ust. 2 pkt. 2.
3. W przypadku rezygnacji pacjenta z zabiegów przed zakończeniem całego cyklu, Zleceniobiorcy będzie przysługiwało wynagrodzenie za badanie lekarskie oraz faktyczną ilość przeprowadzonych zabiegów. W takim przypadku cena jednego zabiegu będzie zgodna z odpowiednią ceną jednostkową wskazaną w pkt. 3.
4. Oferent oświadcza, że akceptuje warunki wykonania Programu zawarte w ogłoszeniu o konkursie i szczegółowych warunkach konkursu, a w szczególności dotyczące:
5. Terminu wykonania przedmiotu konkursu i zobowiązania wykonania Programu   
   w terminie: od dnia podpisania do 30.11.2024 r.
6. Warunków płatności:
7. podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie sprawozdanie merytoryczne z wykonania programu albo części programu,
8. sprawozdanie merytoryczne w formie pisemnej będzie zawierać liczbę osób, u których przeprowadzono zabiegi oraz opis wykonanej kampanii informacyjno – edukacyjnej. W sprawozdaniu należy również wskazać problemy, które wystąpiły podczas jego realizacji i sposób ich rozwiązania.
9. sprawozdanie merytoryczne oferent przekazuje Zleceniodawcy w terminie do 7 dni od dnia zakończenia realizacji zadania.
10. wynagrodzenie, zostanie przekazane przez zleceniodawcę przelewem na konto bankowe oferenta:….………………………….………………………w terminie 7 dni od daty otrzymania przez Zleceniodawcę sprawozdania merytorycznego i faktury.
11. Ponadto Oferent oświadcza:
12. złożona oferta wiąże nas na 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,
13. w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję(my) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę,
14. zamówienie zamierzamy/ nie zamierzamy\* powierzyć podwykonawcom w następującym zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Zakres przedmiotu konkursu do wykonania przez podwykonawcę |
|  |  |

1. Załączniki do niniejszej oferty\*:
2. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowana działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
3. wpis do właściwego rejestru,
4. statut zakładu (jeżeli posiada),
5. kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu,
6. kopie aktualnej polisy zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych , również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania,
7. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ubezpieczenie wobec ZUS,
8. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków,
9. Oświadczenie, że sprzęt medyczny, używany do realizacji programu, spełnia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,
10. opis kampanii informacyjno – edukacyjnej,
11. Inne dokumenty:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Data podpis Oferenta - Zleceniobiorcy

lub upoważnionego przedstawiciela

\* niepotrzebne skreślić