Załącznik nr 4 do Zarządzenia NR 214/2021

z dnia 04.01.2021r.

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**„Rehabilitacja mieszkańców Gminy Barwice na lata 2019-2023”**

**od 01.02.2021 r. do 31.12.2021r.**

**I. Dane oferenta**

1.Nazwa i siedziba podmiotu:

2. Numer NIP:

3. Numer REGON:

4. Nazwa banku i numer konta bankowego:

5. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację programu polityki

zdrowotnej:

6. Dane dotyczące osób upoważnionych do składania oświadczeń oraz wyjaśnień dotyczących oferty

konkursowej:

(imię i nazwisko, telefon, e-mail, fax.)

**II. Szczegółowy sposób realizacji programu.**

1. Proponowana liczna osób, którą oferent może objąć leczeniem: ………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
2. Miejsce realizacji zadania( dokładny adres, telefon) : ………………………………………………………………………………………………………..  
……………………………………………………………………………………………………......

3. Informacje o sprzęcie medycznym do realizacji program, którym dysponuje oferent: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4.Informaje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu biorącego udział w realizacji programu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………….

5. Dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia ( godziny realizacji, liczba zabiegów wykonywanych tygodniowo): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**III. Oferowana cena brutto wykonania poszczególnych zabiegów.**

1. Cena poszczególnych zabiegów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zabiegu** | **Cena zabiegu w złotych** |
| 1. | Jonoforeza |  |
| 2. | Prądy diadynamiczne |  |
| 3. | Prądy TENS |  |
| 4. | Pole magnetyczne |  |
| 5. | Galwanizacja |  |
| 6. | Prądy interferencyjne |  |
| 7. | Lampa Solux |  |
| 8. | Krioterapia miejscowa azotem |  |
| 9. | Ultradźwięki |  |
| 10. | Prądy Trabeta |  |
| 11. | Laser punktowy |  |
| 12. | Cykloergometr |  |
| 13. | Rotor kończyn górnych |  |
| 14. | UGUL |  |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztów realizacji programu:

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

**IV. Oświadczenie.**

**Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:**

**1**. W stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

**2**. Jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

**3.** Dysponuje odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną oraz aparaturą i posiada odpowiednie warunki do realizacji programu zdrowotnego.

**4.** Posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.  
**5**. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert. **6**. Jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.