

.....
pieczęć oferenta

.....
miejsowość, data

**Formularz oferty
na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Edukacja przyszłych rodziców
w Szkole Rodzenia”**

I. Dane oferenta :

Nazwa :

.....
.....

Adres :

.....
.....

tel.

e-mail

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub innego
właściwego rejestru / ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu

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

NIP

REGON

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego
imieniu, w tym do podpisania umowy (imię, nazwisko)

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

Koordinator programu – osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji
programu (nazwisko i imię, nr telefonu)

.....
.....

Miejsce realizacji zajęć :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dni tygodnia i godziny realizacji zajęć :

.....

.....

.....

.....

.....

Sposób rejestracji osób na zajęcia :
osobiście (adres, godziny) -

.....

.....

telefonicznie (numer, godziny) -

.....

.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że :

- Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Edukacja przyszłych rodziców w Szkole Rodzenia” oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
- Program polityki zdrowotnej pn. „Edukacja przyszłych rodziców w Szkole Rodzenia” będzie realizowany w pomieszczeniach, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone 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 2022 r., poz. 402).
- Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program polityki zdrowotnej pn. „Edukacja przyszłych rodziców w Szkole Rodzenia”, wymienionych w pkt III formularza oferty, są zgodne ze stanem faktycznym i gwarantują prawidłową realizację programu.

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/nych do reprezentacji
oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu

Do oferty należy dołączyć :

- załącznik nr 1 (w zależności od statusu prawnego oferenta)
aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu I księgi rejestrowej aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej potwierdzające status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
- załącznik nr 2 – kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację programu polityki zdrowotnej.
- załącznik nr 3 – inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. informacje prasowe o działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, dokumenty potwierdzające doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej – wg uznania oferenta).

Kserokopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/- y upoważnioną /- e do reprezentowania oferenta.