|  |  |
| --- | --- |
| *zał. nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** **Sekcja ds. Programów Zdrowotnych** **i Promocji Zdrowia** **Ul. Podróżnicza 26/28** | **tel.71/335- 29-62****fax 71 / 335-29-68** |

FORMULARZ OFERTOWY

|  |
| --- |
| Nr oferty .................................. (nadaje WCZ SPZOZ) |

1. Informacje o Oferencie
2. **Pełna nazwa składającego ofertę:**

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

1. **Dokładny adres:**

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

 *…………………………………………………………………………………………………………………………*

 *telefon fax e-mail*

1. **Nr wpisu do właściwego rejestru:** …………………………………………….....................
2. **Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta:**

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

1. **NIP**: .................................................................
2. **Regon**: ..................................................................
3. **Nr konta bankowego**: .........................................................................................

***Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu. W załączeniu przekazuję uwierzytelnione kopie dokumentów (wpisu do właściwego rejestru, NIP, Regon oraz polisę ubezpieczenia OC)***

data: .......................... podpis osoby uprawnionej

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

1. **Opis oferty**

**1) Tytuł oferty:** *Realizacja zadań z zakresu udzielania specjalistycznej pomocy osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, uczestniczącym w programie leczenia substytucyjnego, ich rodzinom oraz osobom oczekującym na terapię*

**2) Dane o osobie odpowiedzialnej za realizację zadania**

 **Imię i nazwisko** …………………………………………...

 **Kwalifikacje zawodowe** ………………………………………………..

**3) Dotychczasowe doświadczenie w realizacji zadań w programie leczenia substytucyjnego** ………………………………………...............................................................................................................................................................................................................................................

**4) Miejsce realizacji zadania:** Ośrodek Profilaktyczno – Leczniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień WCZ SPZOZ ul. Wszystkich Świętych 2B

**5) Termin realizacji zadania od**…………………………….…. **do** ………………….............................

**6) Formy, metody stosowane w pracy z pacjentami -** poradnictwo indywidualne

**7) Adresaci**: pacjenci Poradni Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych w Ośrodku Profilaktyczno - Leczniczym Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień, WCZ SPZOZ ul. Wszystkich Świętych 2B, oraz ich rodziny i osoby bliskie a także osoby oczekujące na terapię.

**8) Inne informacje i uwagi mogące mieć znaczenie przy wyborze oferty:**

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

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

Data…………………………… Podpis i pieczątka oferenta …………………………………….

# Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego.

Dane oferenta lub pieczęć firmowa

………………………………….

………………………………….

………………………………….

# Oświadczenie

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu oraz akceptuję zapisy projektu umowy stanowiącej załącznik Nr 1 do warunków szczegółowych.
2. Oferent wykonujący świadczenia objęte ofertą posiada właściwie udokumentowane uprawnienia i kwalifikacje.
3. Zadanie będzie realizowane zgodnie z wymaganiami zawartymi w Szczegółowych Warunkach.
4. Dane zawarte w Formularzu Ofertowym są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Samodzielnie rozliczam/ nie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em (podkreśl właściwe)

data: ..................... podpis osoby uprawnionej ............................................

# Załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego.

Dane oferenta lub pieczęć firmowa

………………………………….

………………………………….

………………………………….

**Harmonogram pracy i kosztorys**

Realizator: ……………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zadania | Planowanie realizacji |
| Termin (planowana data rozpoczęcia działań – planowana data zakończenia działań) | Dzień tygodnia | Godz. od-do | Liczba godzin |
|  |  |  |  |  |

Uwaga: Przesunięcia w harmonogramie wynikające z przyczyn losowych (choroba, urlop itp.) możliwe po uzgodnieniu z koordynatorem zadania i udokumentowane w sprawozdaniu.

**Razem liczba godzin x stawka za godz. brutto: ……………………………………………….**

Podpis realizatora …………………………………….

 Załącznik nr 3 do formularza ofertowego

Wzór kwestionariusza CV

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko: |  |
| Wykształcenie |  |
| Ukończone studia, rok: |  |
| Nazwa uczelni: |  |
| Studia Podyplomowe: |  |
| Ukończone kursy/szkolenia w tym certyfikowane: | (rok, nazwa szkolenia, organizator) |
| Planowane studia / lub inne formy dokształcania: |  |
| Nazwa zakładu pracy (historia pracy zawodowej): |  |
| Wykonywane zadania ,w tym koordynowane programy: |  |
| Inne informacje |  |

Data…………………… Podpis…………....................