Załącznik nr 1 do

Szczegółowych warunków konkursu ofert na realizacją zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Działania w Poradniach.

**OFERTA**

**na realizacja zadań z zakresu Udzielania specjalistycznej pomocy osobom uzależnionym, współuzależnionym i DDA/ DDD**

**1. Pełna nazwa Oferenta :**

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

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

□ prowadzący działalność gospodarczą □ nie prowadzący działalności gospodarczej

( we właściwym okienku wpisać znak X )

**2. Numer wpisu do właściwego rejestru –jeśli oferent posiada:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………**...........................**

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

**3. Regon –jeśli oferent posiada:…………………........................................................................................**

**4.**  **NIP –jeśli oferent posiada:**: ………………………….........................................................................................

**5. Bank**:……………………………………………………………………………………...................................................................

**6. Nr rachunku bankowego**:………………………………………………………………………….............................................

**7. Adres prowadzonej działalności gospodarczej –jeśli oferent posiada**

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

**8. Adres do korespondencji:**

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

**9. Telefon**: ……………………………...................................… **Fax**: ……..…….............………………………………………….

**10. Nr prawa wykonywania zawodu**………..…............….. **data jego uzyskania** …………..………( jeśli dotyczy) **11. PESEL** ……………………….............................................................................................................................

**12. Kwalifikacje zawodowe** ( ukończony kierunek studiów, certyfikaty itp.)

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie |  |
| Ukończone studia, rok: |  |
| Nazwa uczelni: |  |
| Studia Podyplomowe: |  |
| Ukończone kursy/szkolenia w tym certyfikowane: | (rok, nazwa szkolenia, organizator) |
| Wykonywane zadania ,w tym koordynowane/ realizowane programyInne informacje |  |

**13. Przedmiot zamówienia:** ……………………………………………………………………………………………………………...........

………………………………………………………………………………………………………….........................................................…(wpisać przedmiot zmówienia zgodnie z p. III p. 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert) W przypadku realizacji kilku zadań, proszę opisać poszczególne zadania

**14. Formy, metody stosowane w pracy z pacjentami (proszę wymienić sposoby realizacji zadania)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...........................................................................................................................................................**

**15. Adresaci: ……………………………………………………………………………………………………………….....**

**16. Miejsce realizacji zadania: ………………………………………………………………………………………........**

**17.Inne informacje i uwagi mogące mieć znaczenie przy wyborze oferty: ............................................. ………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………….....**

**18. Harmonogram pracy i kosztorys (dokładny harmonogram zawierający daty, dni tygodnia oraz godziny realizacji zadania):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia**  | **Terminy realizacji** | **Liczba godz.**  | **Stawka w zł brutto za godz.** | **Koszt brutto** | **Szacunkowa liczba odbiorców** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  **Razem**  |  |  |  |  |

 **19**. **Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.**

…………………………………………………………

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

załącznik nr 2 do formularza ofertowego

**OŚWIADCZENIE OFERENTA** \*

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert
- nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia
29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2019 poz. 866 ).
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji zadania objętego przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w ramach wykonywanego zadania świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

…………………………………………………………

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

\* Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą.