Załącznik do Ogłoszenia

Wójta Gminy Sokołów Podlaski

o konkursie ofert

na świadczenie gwarantowanych

usług z zakresu rehabilitacji leczniczej

dla mieszkańców Gminy Sokołów Podlaski,

finansowanych z budżetu

Gminy Sokołów Podlaski na rok 2023

**O F E R T A**

na świadczenie gwarantowanych usług z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Sokołów Podlaski, finansowanych z budżetu Gminy Sokołów Podlaski

1. Oferent (pełna nazwa):

. .

. .

1. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), numer telefonu i adres e-mail oferenta:

.

.

1. Numery wpisów do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, krajowego rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

.

.

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.

.

1. Wskazanie dni tygodnia i godzin, w których będą wykonywane świadczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni tygodnia** | **Godziny świadczeń usług z zakresu rehabilitacji leczniczej od …… do ……** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |
| Sobota |  |

1. Określenie sposobu rejestracji pacjentów:

.

.

1. Proponowana zryczałtowana kwota brutto ………… zł. za 1 punkt udzielonych świadczeń wskazanych w katalogach świadczeń określonych w ogłoszeniu konkursowym.
2. Realizacja oferty rozpocznie się od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2022 r.

……………………………………………

miejscowość, data

…………………………………………..……….

Czytelny podpis oferenta

lub osoby występującej

w imieniu oferenta

**Do oferty należy dołączyć:**

1. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert (odpis z Rejestru podmiotów Wykonujących działalność leczniczą, wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z CEIDG)
2. Dokument potwierdzający aktualną polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe kadry pracowniczej.

**W przypadku załączników składanych w formie kserokopii, każda strona powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione i opatrzone datą.**