

OFERTA

w konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej

„Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców Gminy Kołobrzeg na lata 2026–2029”

na rok

I. DANE OFERENTA

1. Nazwa oferenta:
.....
2. Forma prawna:
.....
3. Adres siedziby:
.....
4. Adres miejsca realizacji świadczeń:
.....
5. KRS / CEIDG / inny właściwy rejestr:
.....
6. NIP:
REGON:
7. Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą:
.....
8. Numer rachunku bankowego:
.....
9. Osoba uprawniona do reprezentowania oferenta:
.....
10. Osoba do kontaktu:

Imię i nazwisko:

Telefon:

E-mail:

II. PRZEDMIOT OFERTY

Oferent składa ofertę na realizację zadania polegającego na realizacji programu polityki zdrowotnej Gminy Kołobrzeg pn.:

„Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców Gminy Kołobrzeg na lata 2026–2029”

zgodnie z warunkami określonymi w ogłoszeniu o konkursie oraz w przyjętym przez Gminę Kołobrzeg programie polityki zdrowotnej.

III. SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA

1. Organizacja realizacji programu

Należy opisać sposób organizacji realizacji programu, w szczególności sposób kwalifikacji uczestników, organizację wizyt oraz zapewnienie ciągłości realizacji świadczeń.

.....

.....

2. Kwalifikacja uczestników

Należy opisać sposób przeprowadzania kwalifikacji uczestników, w tym wywiadu i oceny funkcjonalnej.

.....

.....

3. Edukacja zdrowotna

Należy opisać sposób prowadzenia edukacji zdrowotnej uczestników.

.....

.....

4. Fizjoterapia

Należy opisać sposób realizacji indywidualnego planu fizjoterapii oraz świadczeń fizjoterapeutycznych.

.....

.....

5. Ocena końcowa

Należy opisać sposób przeprowadzania oceny końcowej uczestnika oraz przekazywania zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

.....

.....

IV. PERSONEL

Oferent przedstawia osoby przewidziane do realizacji programu:

Lp. Imię i nazwisko Zawód i kwalifikacje Zakres czynności

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Oferent oświadcza, że osoby przewidziane do realizacji programu posiadają wymagane prawem kwalifikacje.

Doświadczenie oferenta

Należy wskazać najważniejsze doświadczenie oferenta związane z realizacją świadczeń z zakresu fizjoterapii, rehabilitacji, profilaktyki zdrowotnej lub programów polityki zdrowotnej.

.....
.....

V. MIEJSCE I WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

1. Adres miejsca realizacji programu:

.....

2. Opis pomieszczeń i warunków lokalowych:

.....
.....

3. Podstawowe wyposażenie wykorzystywane przy realizacji programu:

.....
.....

Oferent oświadcza, że miejsce realizacji świadczeń spełnia wymagania określone przepisami prawa oraz zapewnia warunki niezbędne do bezpiecznej i prawidłowej realizacji programu.

VI. DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. Planowane dni i godziny realizacji świadczeń:

.....

2. Sposób zapewnienia dostępności świadczeń dla uczestników:

.....

3. Sposób zapewnienia dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami:

.....

VII. KOSZT REALIZACJI ZADANIA I WNIOSKOWANA DOTACJA

1. Całkowity koszt realizacji zadania:

..... zł brutto

słownie:

2. Wnioskowana wysokość dotacji:

..... zł

słownie:

3. Zestawienie planowanych kosztów realizacji zadania:

Lp.	Rodzaj kosztu	Kwota
1.	Koszty realizacji świadczeń i działań przewidzianych w programie	
2.	Koszty materiałów i dokumentacji	
3.	Pozostałe koszty bezpośrednio związane z realizacją zadania	
	Razem	 zł

Oferent oświadcza, że wnioskowana wysokość dotacji nie przekracza kwoty środków przeznaczonych przez Gminę Kołobrzeg na realizację zadania, określonej w ogłoszeniu o konkursie.

VIII. OŚWIADCZENIA OFERENTA

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie oraz programem polityki zdrowotnej i akceptuje określone w nich warunki;
2. posiada uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji zadania;
3. dysponuje personelem posiadającym wymagane kwalifikacje;
4. dysponuje odpowiednimi pomieszczeniami i wyposażeniem umożliwiającymi prawidłową realizację programu;
5. posiada wymagane prawem ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej;
6. zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta oraz przepisów dotyczących ochrony danych osobowych i dokumentacji medycznej;
7. zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji związanej z realizacją programu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
8. zobowiązuje się do poddania kontroli Gminy Kołobrzeg w zakresie realizacji zadania, wykorzystania dotacji i jej rozliczenia, na zasadach określonych w umowie;
9. nie będzie finansował tych samych wydatków z dotacji oraz z innych środków publicznych;
10. zobowiązuje się do wykorzystania dotacji zgodnie z jej przeznaczeniem oraz warunkami określonymi w umowie;
11. wszystkie informacje zawarte w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

IX. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

Do oferty należy dołączyć:

1. dokument potwierdzający status prawny oferenta, jeżeli dane te nie wynikają z publicznie dostępnego rejestru;
2. dokument potwierdzający umocowanie osoby podpisującej ofertę, jeżeli nie wynika ono z publicznie dostępnego rejestru;
3. dokument potwierdzający wpis do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4. dokument potwierdzający posiadanie wymaganego prawem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
5. wykaz personelu przewidzianego do realizacji programu wraz z dokumentami potwierdzającymi kwalifikacje – w zakresie wskazanym w ogłoszeniu;
6. dokument potwierdzający prawo do korzystania z miejsca, w którym realizowany będzie program – jeżeli jest wymagany;
7. inne dokumenty wskazane w ogłoszeniu o konkursie.

Dokumentów dostępnych w publicznych rejestrach nie wymaga się od oferenta, jeżeli Gmina może samodzielnie zweryfikować zawarte w nich informacje.

X. PODPIS OFERENTA

Miejscowość:

Data:

Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania oferenta:

.....

Pieczęć oferenta – jeżeli dotyczy

Signature Not Verified
Dokument podpisany przez Jerzy
Wolski
Data: 2026.09.11 12:47:50 CEST