

.....  
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 2019 r., poz. 595 ze zm.).
- 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.